



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Akuutin kivunhoidon kirjaamisen arviointi eräässä HUS:n sairaalan heräämössä

Vaahtera, Susanna

Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Akuutin kivunhoidon kirjaamisen arviointi eräässä HUS:n sairaalan heräämössä

Susanna Vaahtera
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2015

Susanna Vaahtera

Akuutin kivunhoidon kirjaamisen arviointi eräässä Hus:n sairaalan heräämössä

Vuosi 2015

Sivumäärä

103

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida erään HUS:n sairaalan heräämön manuaalisen kivunhoidon kirjaamista heräämölomakkeista. Arvioinnissa käytettiin tämän opinnäytetyön tekijän kehittämää mittaria, joka luotiin mukaillen Kailan ja Kuivalaisen (2012) kirjaamisen arviointilomaketta sekä Hoitotyön tutkimussäätiön (2013) hoitotyön suositusta (aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö). Opinnäytetyön tutkimusaineisto muodostui toukokuun 2014 heräämölomakkeista, joista valittiin yhteensä 50 lomaketta systemaattisella otannalla (n = 50).

Tutkimuksessa arvioinnin kohteena oli se, millä tavoin anestesia- ja kivunhoidon kirjaaminen toteutuu ”Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö”-suosituksen 18 eri osa-alueilla. Tämä tutkimuksen osa-alue toteutettiin määrällisellä eli kvantitatiivisella tutkimusotteella. Se sopi tähän tutkimukseen, koska tutkimuksella haluttiin saada tarkkaa numeerista tietoa hoitajien kirjaamasta postoperatiivisesta kivunhoidosta. Toisena tutkimuksessa arvioinnin kohteena oli se, millä tavoin kivunhoidon kirjaamisessa toteutuu yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys. Tutkimuksen toinen osio toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella sisällönanalyysillä. Laadullinen tutkimusmenetelmä antoi tarkkaa tietoa hoitajien kivunhoidon kirjaamisen yksilöllisyydestä ja potilaslähtöisyydestä.

Määrällisissä tuloksissa tehty toimenpide oli kirjattu jokaiseen lomakkeeseen (n=50). 88 % lomakkeista oli kirjattu potilaan sairaudet. 66 % lomakkeista sisälsi tulostatuksen, joista 8 % oli kirjattu sekä NRS että potilaan subjektiivinen arvio kivusta, 8 % oli kirjattu vain NRS ja 25 % vain sanallinen arvio potilaan kivusta. Potilaan oma kipuarvio oli kirjattu 8 % lomakkeista. Kipumittari oli valittu 64 % lomakkeista ja sitä oli käytetty 26 % lomakkeista. Potilaan kipua oli arvioitu säännöllisesti koko heräämössä olo ajan 14 %:lla. Kivun laatu oli kirjattu 6 % ja kivun sijainti 10 % potilaista. Annettu lääke ja määrä oli kirjattu kriteerien mukaan 54 % potilaista. 40 % oli kirjattu lääkkeen antoajankohta selkeästi. Antoreitti oli kirjattu 66 % ja lääkkeen antaja 96 %. Lääkehoidon vaikutuksia jokaisen lääkkeenannon jälkeen oli seurattu 12 % potilaista. Ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä oli käytetty 62 % ja niiden vaikutuksia oli arvioitu 18 % potilaista. Lähtöstatus eli sekä NRS että sanallinen arvio kivusta oli kirjattu 12 % potilaista.

Laadullisen tutkimuksen tuloksissa yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys näkyivät kirjaamisessa potilaan omana arvion kivuttomuudesta, kivun laadusta ja sijainnista tai lääkehoidon vaikutuksista. Lisäksi se näkyi kirjaamisessa myös kivunhoidon vaikutusten seurantaan sekä potilaan kivun laadun ja sijainnin kysymisenä. Yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys toteutuivat kirjaamisessa ”potilaan subjektiivisen kipuarvion kirjaamisena”.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että kirjaamista tulee kehittää ja parantaa. Keskeisiä kehittämiskohteita ovat numeerisen kipumittarin (NRS) käytön lisääminen kivun arvioinnissa sekä kivunhoitoon liittyvien kirjaamisohjeiden selkeyttäminen. Yksi tärkeimmistä tutkimustuloksista oli se, että kivunhoitoon liittyvää lääkehoidon kirjaamista on kehitettävä.

Asiasanat: hoitotyö, heräämö, kipu, kirjaaminen, arviointi.

Susanna Vaahtera

Evaluation of acute pain management documentation in a HUS recovery ward

Year 2015

Pages

103

The aim of the thesis was to evaluate the state of manual pain documentation produced on one HUS recovery ward. The measurement tool used in the research was developed by the author of this thesis. The measurement tool is based on the assessment form of Kaila and Kuivalainen (2012) and the new nursing recommendation called "adult surgical patients postoperative acute pain care". Systematically selected documentation forms were used as the material of the thesis (n=50). These documentations were made in May 2014.

The first target of the assessment was to find out how nurses had documented postoperative pain management in 18 different documentation areas in accordance with nursing recommendation. This part of this research was carried out by using a quantitative study method. This research method suited this study because in this thesis one wanted to receive exact numeric information about the documentation of postoperative pain management. The second target of the evaluation was to find out how patient orientation and individuality were shown in the documentation. The second part of this study was done by using a qualitative content analysis. This method gave exact information about the documentation of pain management made by nurses'.

According to the results every surgical measure has been documented in all forms (n=50). 88 % of forms contained recordings of patients' diseases. The pain assessment has been recorded in 66 % of cases at the stage of entering the recovery ward. In 8 % of all cases both NRS assessment and patients' subjective experience of pain have been recorded. Furthermore in 8 % only NRS assessment was recorded and in 25 % only the verbal recording of pain management was available. Patients' own experience of pain has been recorded in 8 % of forms. The pain scale was introduced in 64 % of forms, but used only in 26 % of forms. During the patients stay in recovery ward a systematic pain assessment was recorded in 14 % of cases. The character of pain was recorded in 6 % and the location of pain in 10 % of forms. The administered drug was recorded in accordance with the criteria in the case of 54 % of patients. 40 % of forms contained a clear record of the exact administration time of drugs. The method of drug administration was recorded in 66 % and the name of administrator was seen in 96 % of forms. Only 12 % of the forms showed the effect of drug treatment after each drug dosage. Non-pharmacological pain treatments have been used in 62 % and the assessment of those effects has been recorded in 18 % of patients. NRS and patients' verbal experiences of pain have been recorded in 12 % of cases.

The findings of this qualitative study showed that the patients pain managements' individuality and patient orientation have been realized as patients' own assessment of their painlessness, character and location of pain or effects of pain treatment. In addition, this was visible in the records as follow-up of the effects of pain management and as a questioning of patients' own pain character and location. The study demonstrated, that the individuality and patient orientation were stated as patients' own experience of pain management.

As a conclusion of this research, the documentation of pain management should be improved and amended. Central subjects of development are to increase the use of number rating scale in pain assessment and to clarify the documentation instructions related to pain management. The main result of this research was that the documentation of analgesic treatment ought to be improved.

Keywords: nursing, recovery ward, pain, documentation, evaluation.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Tutkimusympäristönä HUS:n sairaalan heräämö.....	6
3	Teoreettiset lähtökohdat	7
3.1	Keskeiset käsitteet.....	7
3.1	Kirjaamisen lainsäädäntö	11
3.2	Potilasasiakirjat	14
3.3	Kivunhoidon dokumentointi heräämöhoitotyössä.....	16
3.3.1	Hoitotyön prosessi.....	17
3.3.2	Potilasohjaus pohjana hyvälle kivunhoidolle	20
3.3.3	Akuuttikipu ja akuutin kivun hoitotyö	20
3.3.4	Kipumittarit	25
3.3.5	Heräämöhoitotyö ja kirjaaminen	26
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	33
5	Tutkimuksen toteutus	34
5.1	Tiedonhaku.....	36
5.2	Tutkimusmenetelmät	39
5.2.1	Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus.....	39
5.2.2	Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus	42
5.2.3	Triangulaatio	44
5.3	Tutkimusaineisto	44
5.4	Tutkimusaineiston valinta systemaattisella otannalla.....	45
5.5	Tutkimusmittari ja sen ohjeet	46
5.6	Aineiston käsittely ja analyysi	52
5.7	Tutkimuslupa ja suostumuslomake.....	56
6	Tutkimustulokset.....	57
7	Pohdinta	76
7.1	Tulosten tarkastelu	76
7.1.1	Kivunhoidon kirjaaminen hoitotyön suosituksen osa-alueilla.....	76
7.1.2	Yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys kivunhoidon kirjaamisessa	79
7.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	81
7.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	85
	Lähteet	92
	Kuviot	96
	Taulukot	97
	Liitteet.....	98

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida erään HUS:n sairaalan heräämön kivunhoidon kirjaamista. Kivunhoito kirjataan Heräämössä manuaalisesti heräämölomakkeisiin. Arviointikohteeksi valittiin kotoa leikkaukseen saapuvien potilaiden eli leiko-potilaiden ja vuodeosastolta leikkaukseen saapuvien potilaiden anestesiaomakkeiden kivunhoidon kirjaaminen. Tutkittavien potilasasiakirjojen kaikki potilasryhmän jäsenet ovat aikuisia ja vähintään täysikäisiä. Otos koostuu 50 satunnaisella otannalla valitusta heräämölomakkeesta, jotka ovat kirjattu toukokuussa 2014 (N = 50).

Tutkimus aloitettiin marraskuussa 2014. Arviointiin käytetään tämän opinnäytetyön tekijän tekemää mittaria, joka on luotu käyttäen apuna Kaila & Kuivalaisen vuoden 2012 kirjaamisen arviointilomaketta sekä Hoitotyön tutkimussäätiön vuoden 2013 hoitotyön suositusta: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Mittari on kehitetty siten, että se antaa määrällistä tietoa anestesiaomakkeiden kivunhoidon kirjaamisesta sekä sen kattavuudesta. Mittarin sisältämät kivunhoidon kirjaamisen arvioimisen kriteerit on luotu hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen pohjalta. Lisäksi kivunhoidon arvioinnin kirjaamisesta tutkitaan laadullisella tutkimusmenetelmällä laatua ja kattavuutta koskien potilaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden kirjaamista.

Arvioinnin tavoitteena on tuottaa sairaalalle ja heräämölle tietoa kivunhoidon kirjaamisesta sekä sen laadusta ja kattavuudesta. Lisäksi on tarkoituksena tuottaa uutta tietoa, jotta kivunhoidon kirjaamista voidaan tarvittaessa kehittää.

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusotetta sekä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta. Tutkimuksessa on käytetty siis menetelmätriangulaatiota kahden eri tutkimusmenetelmän käytön vuoksi. Kvalitatiivinen tutkimusote valittiin, koska kirjaamista arvioidaan myös sanalliselta pohjalta. Käytössä analyysimenetelmänä on sisällönanalyysi. Kvantitatiivinen tutkimusote valittiin, jotta saadaan numeerista tietoa kirjaamiseen liittyvien ilmiöiden yleisyydestä sekä siitä, onko kirjaaminen kattavaa ja millä suosituksen mukaisilla osa-alueilla kirjaaminen toteutuu mittarin mukaan hyvin tai huonosti.

2 Tutkimusympäristönä HUS:n sairaalan heräämö

Suomen suurimpaan sairaanhoitopiiriin ja kuntayhtymään, HUS, kuuluu 21 sairaalaa. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri hankkii ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja asukkailla sekä omaan kuntaan että muihin kuntiin sovittua työnjakoa noudattaen. (Osastonhoitajan henkilökohtainen haastattelu keväällä 2014.)

Tämä opinnäytetyö tehdään erään HUS:n alueen sairaalan heräämöö. Heräämössä erikoisaloina ovat ortopedia, traumatologia, gynekologia, obstetriikka, urologia, gastroenterologia, laskimokirurgia ja plastiikkakirurgia. Sairaalan leikkausanestesiaosastolla on yhteensä 41 sairaanhoitajaa, 1 perushoitaja, 2 apulaisosastonhoitajaa sekä 2 osastohoitajaa. Heräämössä on yhden työvuoron aikana töissä 3 sairaanhoitajaa. (Osastonhoitajan henkilökohtainen haastattelu keväällä 2014.)

3 Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Keskeiset käsitteet

Keskeisimpiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat hoitotyö, heräämö, kipu, kirjaaminen, arviointi (Kuvio 1).



Kuvio 1: Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Leino-Kilven ja Välimäen (2003, 19) mukaan hoitotyö (nursing) on hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista (MOT-kielikone 2013). Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto, ICN (2010), määrittelee hoitotyö-käsitteen sisältävän kaikenikäisten ihmisten, sairaiden ja terveiden, perheiden, yksilöiden ja ryhmien sekä yhteisön hoitamisen joko itsenäisesti tai yhteistyössä toisten kanssa, missä tahansa olosuhteissa. Hoitotyö käsitteenä sisältää terveyden edistämisen, sairauden ehkäisemisen sekä sairaiden, vammaisten ja kuolevien hoitamisen. (ICN 2010.)

Hoitotyötä toteuttavat hoitotyöntekijät, joita ovat eriasteiset sairaan- ja terveydenhoitajat, lähihoitajat ja kättilöt (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 19).

ICN (2010) mukaan hoitotyöntekijöiden keskeisimpinä rooleina ovat turvallisen ympäristön edistäminen, potilaan puolesta puhuminen, tutkimus ja se, että hoitotyöntekijät ovat osallisia terveydenhuollon toimintakäytänteiden luomisessa sekä terveys- ja potilasjärjestelmien hallinnossa ja koulutuksessa. Hoitotyö on pohjimmiltaan inhimillisessä yhteistyössä tapahtuvaa pyrkimistä edistää toisen ihmisen hyvää. Hoitotyö on toimintaa, johon oleellisesti liittyy aina eettinen ulottuvuus. Hoitotyön synonyymisana hoitaminen tarkoittaa inhimillistä toimintaa, jolla pyritään hyvään eli esimerkiksi terveyteen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 19.) Hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat Ension ja Sarannon (2004, 9) mukaan yksilöllisyys, potilaslähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus.

Heräämö (recovery ward, recovery room, postanesthesia care unit) määritellään Suomisanakirjan (2013) mukaan sairaalan leikkausosaston huoneeksi, jossa hoidetaan nukutuksesta herääviä potilaita (MOT-kielikone 2013). Lukkari, Kinnunen ja Kortteen (2013, 361- 362) mukaan heräämö-sanana synonyymi on valvontayksikkö. Leikkaussalin vieressä sijaitsevassa heräämössä tapahtuu potilaan anestesian ja leikkauksen jälkeinen välitön hoito eli postoperatiivinen hoito. Heräämöö on kuvailtu ”anestesiasta toipumisen- ja tehostetun hoidon- ympäristöksi”.

Kipu (pain) määritellään inhimilliseksi peruskokemukseksi ja rinnastetaan usein kärsimykseen, vaikka sanat eivät olekaan synonyymejä (Niemi-Murola, Jalonen, Junttila, Metsävainio & Pöyhä 2012, 137). Suomisanakirja (2013) määrittelee kivun sanoilla fyysinen tuska, särky, kivisyys, kirvely, poltto ja pakotus. Kipua voidaan luokitella usealla eri tavalla ja sen kerrotaan olevan elämänlaatua merkittävästi heikentävä oire (Niemi-Murola ym. 2012, 137; Mac Lellan 2006, 3). Kipu on epämiellyttävä tunne, joka pahimmillaan aiheuttaa potilaalle henkisen kärsimystilan (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 373).

Ilola, Hoikka, Heikkinen, Honkanen ja Katomaa (2013, 196) ja Hotus (2013, 4) määrittelevät Kansainväliseen kivuntutkimusseuraan, IASP, viitaten kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, jonka taustalla on aina joko mahdollinen tai selkeä kudosvaurio tai jota on kuvattu samalla tavoin. Myös Haanpää ja Salminen (2009) määrittävät kivun epämiellyttäväksi kokemukseksi, jota voidaan kuvailla kudosvaurion käsittein. Hoitotyön tutkimussäätiö eli Hotus (2013) määrittelee IASP:en viitaten kivun monimuotoiseksi ja moniulotteiseksi ilmiöksi. Kipu on aina ihmisillä erilailla kokema yksilöllinen aistimus ja kokemus vaikka kivun voimakkuus olisikin sama. Jahren Kristoffersen ja Nortvedt (2005, 70-170) määrittelevät, että kipu on yksilöllinen kokemus ja sen ilmeneminen riippuu paljon siitä, mikä kivun taustalla on aiheuttajana.

Kipu on ”tässä ja nyt, julmana ja konkreettisenä”. Aikaisemmat kipukokemukset vaikuttavat tietynlaisissa tilanteissa altistavasti tai herkistävasti kivulle tilanteen toistuessa (Hotus 2013). Kipu voidaan potilaan näkökulmasta määritellä omaksi heikkoudeksi, mikä voi johtaa siihen, että potilas vähättelee kipujaan (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2005, 170; Kassara, Paloposki ym. 2005, 32). Kipu on se kaikki, minkä ihminen määrittelee itse kokevansa kivuksi (Kassara ym. 2005, 350).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida postoperatiivisen ja akuutin kivunhoidon kirjaamista. Postoperatiivinen kipu tarkoittaa livanaisen, Jauhaisen ja Pikkaraisen (2001, 43) mukaan leikkauksen jälkeistä, akuuttia kipua. Niemi-Murolan, Jalosen ja Metsävainion (2012, 137-139) mukaan akuutti kipu voi huonosti hoidettua muuttua krooniseksi eli pitkittyneeksi kivuksi. Silti akuutti ja krooninen kipu eroavat monin tavoin toisistaan. Tärkein ero akuutin ja kroonisen kivun välillä on se, että kivusta tulee kroonista silloin, kun sen kesto ylittää kudosaaurion normaalin paranemisajan eli 3-6 kuukautta.

Kirjata (document, record, enter) tarkoittaa rekisteröimistä, tallentamista ja luetteloon merkitsemistä (MOT-kielikone 2013; SuomiSanakirja 2013). Suomisanakirjan (2013) sekä MOT-kielikoneen (2013) mukaan kirjaus sanan synonyymeiksi on määritelty kirjaaminen (registering, entry) ja rekisteröinti sekä tallennus. Kirjaaminen on Hallilan (2005, 6-10) mukaan määritelty monimutkaiseksi prosessiksi, jonka tulisi perustua näyttöön. Sailo (2000, 97) määrittelee kirjaamisen kirjallisen materiaalin tuottamiseksi tai sen luokittelemiseksi. Hänen ja Kassaran ym. (2005, 55-56) mukaan kirjaamisesta käytetään myös synonyymiä dokumentointi, joka tulee englannin kielen sanasta documentation. Hoitotyön kirjaaminen on potilaan hoitoon liittyvien asioiden säännöllistä kirjaamista potilasasiakirjoihin.

livanainen ym. (2001, 49) ovat määritelleet, että potilastietojen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen dokumentointia potilaan sairaskertomukseen. Kirjaaminen on tärkeä osa potilaan kokonaishoitoa. Kirjaaminen on Lukkarin ym. (2013, 106) ja Kassaran (2005, 55-56) mukaan hoitotyön näkökulmasta tarkasteltuna todiste siitä, mitä päätöksiä potilaan hoidossa on tehty, kuka päätöksiä on tehnyt sekä milloin ja miksi kyseisiin hoidollisiin päätöksiin on päädytty. Kirjaamisesta näkee myös hoidollisten toimenpiteiden vaikutukset potilaan vointiin, käyttäytymiseen ja selviytymiseen.

Kirjaamisen lähtökohdat ovat Ension ja Sarannon (2004,9) mukaan samat kuin hoitotyön lähtökohdat, joita ovat yksilöllisyys, potilaslähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. Kirjaamisen tavoitteena on Hallilan (2005, 13) mukaan seuraavat asiat: potilaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoitoaan ja terveyttään koskevista vaihtoehdoista, hoitotyön tehottomien auttamiskeinot karsiutuvat pois sekä voimavarojen oikein kohdistaminen, jotta huomataan tiedonkulun hyödyt. Kassaran ym.(2005, 56) mukaan dokumentaation tehtävänä on luoda hoidon jatkuvuudelle ja etenemiselle pohja.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään anestesiaomakkeille tehtyä manuaalista kivun hoidon kirjaamista. Manuaalinen kirjaaminen on määritelty perinteiseksi dokumentoinniksi, jonka välineenä toimii kynä tai kirjoituskone (Ensio & Saranto 2004, 32; Lukkari ym. 2013, 108). Manuaalinen kirjaaminen on käsitteenä otettu Ension ja Sarannon (2004, 31-32) mukaan käyttöön sen jälkeen, kun tarpeeksi on tullut erottaa manuaalinen kirjaaminen elektronisesta, tietokoneella tehtävästä kirjaamisesta.

Arvioida tarkoittaa verbinä Suomisanakirjan (2013) mukaan arvion tekemistä jollekin jonkin ominaisuuksista, arvostelua sekä arvosanan tai arvostelun antamista jostakin.

Arviointi (evaluation, assessment) sanalle synonyymejä MOT-kielikoneen mukaan on arvioiminen kun taas verbinä arviointi on määritelty tarkoittavan arvion tekemistä jostakin, evaluointia ja palautteen antamista. (MOT Gummerus 2010; MOT-kielikone 2013; Suomisanakirja 2013).

Robsonin (2001, 24-26) mukaan arviointi eli evaluaatio on viittaus jonkin asian arvoon tai ansioon. Arviointi käsitteenä pitää sisällään ajatuksen arvon määrittämisestä. Arviointia voidaan rinnastaa arviointitutkimukseen. Arviointi ja tutkimus sanoja voidaan toimintaa kuvaavina käsitteinä hänen mukaansa rinnastaa joko yhteen tai pitää täysin erillään. Arviointia voidaan joissain tapauksissa pitää tietäntyyppisenä tutkimuksena. (Robson 2001, 24-26.)

Arviointi toimintana tarkoittaa Ension ym. (2004, 43) mukaan hoitajien kohdalla sitä, että he etsivät muutoksia potilaan tai asiakkaan tilassa verrattuna aiempaan kirjattuun tai havaittuun tietoon. Muutoksia voidaan arvioida havainnoinnilla, potilasta haastatteleamalla ja mittaamalla sekä tutkimalla potilasasiakirjoja ja lisäksi vertailemalla muutoksia asetettuihin tavoitteisiin nähden.

3.1 Kirjaamisen lainsäädäntö

Lukkarin ym. (2013, 108) mukaan erilaiset lait määrittävät potilaan hoidon kirjaamista potilasasiakirjoihin (Kuvio 2). Vuonna 2011 kansanterveys- ja sosiaalihuoltolaki ovat yhdistyneet terveydenhuoltolaiksi (THL 2012). Terveydenhuoltolaki 1326/2010 tuli voimaan vuonna 2011. Lain tarkoitus on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä, työ- ja toimintakykyä, hyvinvointia sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyteen liittyviä eroja. Lisäksi lailla halutaan yhdenvertaistaa terveyspalveluiden laatua, saatavuutta ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa asiakaskeskeisyyttä ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä. (Finlex 2010b.)

Terveydenhuoltolaissa 1326/2010 määritellään terveydenhuollon toiminta sekä näyttöön että hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaksi toiminnaksi. Lisäksi laissa terveydenhuollon toiminta on määritetty täyttämään tiettyjä kriteereitä. Näitä kriteereitä ovat se, että toiminnan tulee olla turvallista, laadukasta ja toteutettu asianmukaisesti. Terveydenhuoltolaissa on määritetty, että potilasasiakirjat muodostavat yhdessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa yhtenäisen potilastietorekisterin. Potilastietorekisteriä ovat oikeutettuja käyttämään henkilöt, jotka osallistuvat jollain tapaa potilaan hoitamiseen. Jokaisesta käyttäjästä tai potilaan tietoja katsovasta henkilöstä jää merkintä tietojen katsomisesta potilastietorekisterin ylläpitäjille. (Finlex 2010b.)



Kuvio 2: Potilaan hoidon kirjaamista säätelevät lakisäädökset
(mukaillen Lukkari ym. 2013, 108; THL 2012)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 määritellään, että tarvittaessa on laadittava hoitoa, tutkimusta ja lääkinnällistä kuntoutusta tai muuta koskeva suunnitelma silloin kun toteutetaan terveyden- ja sairaanhoitoa. Suunnitelmasta, joka on laadittu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen. Jos potilaan kanssa ei voida laatia suunnitelmaa, tulee hänen läheisensä, omaisensa tai laillinen edustaja olla mukana suunnitelman laatimisessa. (Finlex 1992.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 velvoittaa jokaista hoitotyöntekijää toimimaan laissa säädettyjen arvojen mukaan. Ammattihenkilön on hoitaessaan potilasta arvioitava tasapuolisesti potilaalle koituvat hyöty ja mahdolliset haitat. Tässä laissa määritetään esimerkiksi ammattieettiset velvollisuudet, jotka koskevat terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Ammattieettisistä velvollisuuksista tärkeimmiksi päämääräksi nousee terveyden edistäminen ja sen ylläpitäminen, sairaiden kärsimyksen lieventäminen ja heidän parantamisensa sekä sairauksien ehkäisy. (Finlex 1994b.)

Erikoissairaanhoitolaki (Finlex 2010a) 1989/1062 määrää, että kuntien on järjestettävä henkilöille tarpeellinen erikoissairaanhoito terveydenhuoltolain mukaisesti. Kuntien on tämän vuoksi kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Erikoissairaanhoitoon liittyvä ohjaus, sen suunnittelu sekä valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten Suomi on jaettu 20 eri sairaanhoitopiiriin. Tämän opinnäytetyön kohde sairaala kuuluu suurimpaan Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin.

Henkilötietolaki 1999/523 toteuttaa yksityiselämän suojaa kuten myös muitakin yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia silloin, kun käsitellään henkilötietoja. Tarkoituksena on edistää hyvää tietojenkäsittelytapaa kehittymään ja ohjata ihmisiä noudattamaan hyviä käytänteitä paremmin. Laissa määrätään kaikki, mitä liittyy henkilötietojen käsittelyyn. Laki esimerkiksi määrää, että henkilötietoja saa käsitellä vain silloin, kun siihen on rekisteröidyn suostumus. Arkaluonteisilla tiedoilla on käsittelykielto. Henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta koskevat tiedot ovat arkaluonteisia. Myös henkilöön kohdistuneet hoitotoimenpiteet ja niihin verrattavat toimet ja niihin liittyvät kaikki asiakirjat ovat arkaluonteisiksi määriteltäviä. Tämä ei kuitenkaan koske esimerkiksi terveydenhuollon toimintayksiköitä tai terveydenhuollon ammattihenkilöitä käsittelemästä toiminnassa saamiaan tietoja rekisteröidyn terveydentilasta, sairaudesta tai vammaisuudesta, jos se on välttämätöntä. (Finlex 1999.)

Arkistolaki 1994/831 liittyy esimerkiksi arkistoitaviin potilasasiakirjoihin. Arkistoinnin tarkoituksena on varmistaa asiakirjojen käytettävyys ja säilyminen sekä huolehtia asiakirjoihin liittyvästä tietopalvelusta sekä hävittää tarpeeton aineisto. Asiakirjat tulee säilyttää turvassa tuhoutumiselta, vahingoittumiselta ja asiattomalta käytöltä. Hävittämisenkin jälkeen tulee olla varmistettuna, ettei tietosuoja rikkoudu. (Finlex 1994a.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa koskien potilasasiakirjoja 298/2009 määritetään, että tätä asetusta tulee soveltaa potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimisessa sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisessä. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomukset sekä muut siihen liittyvät asiakirjat. Tässä asetuksessa tulee noudattaa myös henkilötietolaissa määritellyjä huolellisuusvelvoitteita liittyen potilaiden ja asiakkaiden luottamuksellisuuteen ja potilaiden yksityisyyden suojan turvaamiseen. (Finlex 2009.)

Potilasvahinkolaki 1986/585 koskee tilanteita, joissa Suomessa annetun sairaan- ja terveydenhuollon hoitotyön yhteydessä potilaalle on aiheutunut henkilövahinkoja. Laki määrittää henkilövahinkojen korvaamista potilasvakuutuksesta. Toimenpiteisiin lukeutuu tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä tai sen laiminlyönnistä aiheutuneet henkilövahingot, jotka oltaisi voitu toisenlaisen hoidon tai käsittelyn vuoksi välttää kokonaan. (Finlex 1998.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa koskien potilasasiakirjoja 298/2009 määritellään tarkasti kaikki tiedot ja asiat, jotka asiakirjoihin on kirjattava ja joita on kirjaamisessa noudatettava. Kirjatuista merkinnöistä tulee ilmetä lain mukaan potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot sekä terveydenhuollon toimintayksikössä toimivan ammattihenkilön nimi. Asiakirjoihin täytyy olla kirjattuina myös merkinnän tekijän nimi, asema ja merkinnän ajankohta sekä lisäksi saapuneiden tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde. Kirjauksista tulee käydä ilmi myös alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi, yhteystiedot ja mahdollinen sukulaisuussuhde. (Finlex 2009.)

3.2 Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoja ovat kaikki potilaskertomukset, -asiakirjat ja -tiedot sekä hoidon järjestämisen tai toteuttamisen aikana saadut todistukset, lausunnot ja terveydentilaa selvittävät asiakirjat. Asiakirjat on jatkuvaan muotoon laadittuja ja aikajärjestyksessä eteneviä todisteita potilaan hoidosta. (STM 2012, 25-26.) Potilasasiakirja tarkoittaa potilaan henkilökohtaista tietoa sisältäviä, hänen terveyden tilaansa liittyviä laadittuja tai muualta saatuja asiakirjoja tai tallenteita, joita käytetään potilaan hoidon toteuttamisessa sekä järjestämisessä (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 12; Howatson-Jones, Standing & Roberts 2012, 21).

Hallilan (2005, 16) ja STM:n (2012, 28) mukaan potilasasiakirjoista muodostuu henkilötietolaissa tarkoitettuja henkilörekistereitä. STM (2012, 15) mukaan potilastietoja sisältyy potilaan tutkimusta ja hoitoa dokumentoiviin potilashallinnon asiakirjoihin eli esimerkiksi ja laskuihin ja kanteluihin sekä myös itse potilasasiakirjoihin.

STM (2012, 15-17) julkaisun mukaan potilastietojen luottamuksellinen käsittely luo hyvän pohjan hoitosuhteen kokonaisvaltaisen luottamuksen synnylle ja pysyvyydelle. Potilasasiakirjat ja -tiedot kuuluvat oikeudellisesti potilaan yksityiselämän ydinsuoja-alueeseen. Potilasasiakirjojen käsittelyä on kaikki talletus, keräys, järjestäminen, käyttäminen, luovutus, säilytys, muuttaminen ja yhdistäminen sekä suojaaminen, tuhoaminen ja poistaminen sekä siirtäminen. Terveyskeskusten, sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ja mielisairaaloiden potilasrekistereiden potilasasiakirjat ovat toimintaan liittyviä viranomaisten kirjaamia asiakirjoja. Potilasasiakirjojen tietoja ei saa antaa kenellekään sivulliselle ilman potilaan omaa suostumusta tai lain säännöstä, joka velvoittaa tai oikeuttaa niitä jollekin sivulliselle antamaan. Sivullisia henkilöitä ovat kaikki potilaan hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin osallistumattomat henkilöt.

Potilasasiakirjat laaditaan Hotuksen (2012) mukaan siten, että ne antavat selkeän käsityksen potilaan hoidon toteuttamisesta eri vaiheissa. Lisäksi niistä tulee ilmetä hoitoon osallistuvien nimet ja sekä se, miten potilaan lakisääteiset oikeudet on otettu huomioon hoidon järjestämis- ja toteuttamisvaiheessa. Heräämöhoidossa on käytössä leikkauksen aikainen anestesiakertomus ja heräämöhoidosta on laadittava joko oma sähköinen tai paperinen asiakirja.

STM:n (2014, 53-62) mukaan asiakirjoihin on merkittävä potilaan perustiedot, joita ovat nimi, ikä, henkilöturvatus ja kotikunta sekä yhteystiedot. Asiakirjasta on ilmentävä merkinnän tekijän nimi, asema ja ajankohta merkinnän tekemiseen sekä alaikäisten kohdalla, huoltajan tai laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Potilasasiakirjoista tulee käydä ilmi, jos potilaan hoito viivästyy ja minkä vuoksi. Asiakirjoihin on kirjattava kaikki potilaan kannalta merkittävät keskeiset tiedot hoidoista ja palvelutapahtumista. Hoitotietoihin on siis merkittävä potilaan jokainen avohoidonkäynti ja osastohoitojakso sekä käynnit ammattihenkilön luona. Näistä on ilmentävä potilaan tilan muutokset, tehdyt tutkimukset ja hoidot. Merkinnöistä on aina käytävä ilmi potilaan sairauden ja hoidon kulku: mitä on tehty ja miksi, miten tutkimukset ja hoidot on toteutettu sekä millaisia hoitoon liittyviä ratkaisuita on tehty ja mihin ratkaisut ovat perustuneet. Lisäksi on kirjattava hoidon aikana tapahtunut poikkeamat hoidossa tai potilaan voinnissa. Hoidon aikaisiin kirjauksiin on merkittävä aikajärjestyksessä myös tarkasti potilaan saamat lääkemääräykset, erilaiset lausunnot ja lääkehoidon toteutus. Asiakirjoihin merkitään myös tiedot neuvotteluista ja konsultaatioista. Hoidosta laaditaan potilaalle epikriisi eli loppulausunto, joka on hoitoa koskeva yhteenveto sisältäen potilaan tilan kuvauksen hoidon päättyessä, kuvauksen toipumisesta ja ohjeet potilaan seurantaan ja jatkohoitoon.

Potilalla on aina hoidollinen itsemääräämisoikeus, jossa potilas suostuu hoitoon. Poikkeuksena tahdon vastainen hoito.

Lukkarin ym. (2013, 109-116) mukaan potilasasiakirjat ovat olleet perioperatiivisessa hoitotyössä perinteisesti paperisia. Potilasasiakirjoihin kuuluu erilaisia lomakkeita, joissa erotellaan potilaan hoidon tiedot erikoisaloittain. Asiakirjat perioperatiivisessa hoitotyössä ovat muiden potilasasiakirjojen tapaan juridisia asiakirjoja, joiden täyttämässä tulee olla huolellinen.

Potilasasiakirjoihin voivat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Perioperatiivisessa hoitotyössä potilasasiakirjoista tulee käydä kirjaamisen toteuttamiseen liittyen ilmi merkintöjen tekijöiden nimet, asemat ja merkintöjen tekemisen ajankohta. (Lukkari ym. 2013, 105.) Potilaalla on tiedollinen yksityisyys, johon kuuluu potilastietojen luottamuksellinen käsittely. Potilastiedot ovat aina salassa pidettäviä tiedostoja. Suomessa potilaiden yksityisyys on turvattu laissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 137.)

Kirjaamisen lähtökohtana on potilaan hoidon kokonaisvaltainen ja systemaattinen kirjaaminen. Kirjaaminen pohjustaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, hoidon jatkuvuutta ja tiedon välittymistä potilaan hoitoon liittyen. Leikkauksessa olleen potilaan asiakirjoista tulee käydä ilmi hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Perioperatiivisessa kirjaamisessa painottuvat hoidon toteutus ja arviointi. Anestesia suunnitellaan jokaisen potilaan kohdalla tavoitteellisesti ja yksilöllisesti, mutta hoitotyön tavoitteita ei merkitä lomakkeisiin työn intensiivisyyden ja nopean toiminnan vuoksi. (Lukkari ym. 2013, 105.)

Lukkarin ym. (2013, 105) mukaan potilasasiakirjoja eteenpäin luovutettaessa tulee pyytää aina potilaan lupa tietojen luovuttamiseen. Potilasasiakirjat tulee olla potilasta kunnioittaen kirjoitettuja.

3.3 Kivunhoidon dokumentointi heräämöhoitotyössä

Hoitotyöntutkimussäätiö on luonut vuonna 2013 hoitotyön suosituksen koskien aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeistä lyhytkestoista kivun hoitotyötä. ”Suosituksen tarkoituksena on esittää, mitä tieteellistä näyttöä on olemassa kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvän lyhytkestoisen kivun hoitotyön prosessin eri vaiheisiin potilaan kivun tunnistamisessa, kivun arvioinnissa, hoitotyön auttamiskeinoista, hoidon onnistumisen arvioinnista ja kirjaamisesta, sekä potilasohjauksesta ja hoidon organisoinnista.”

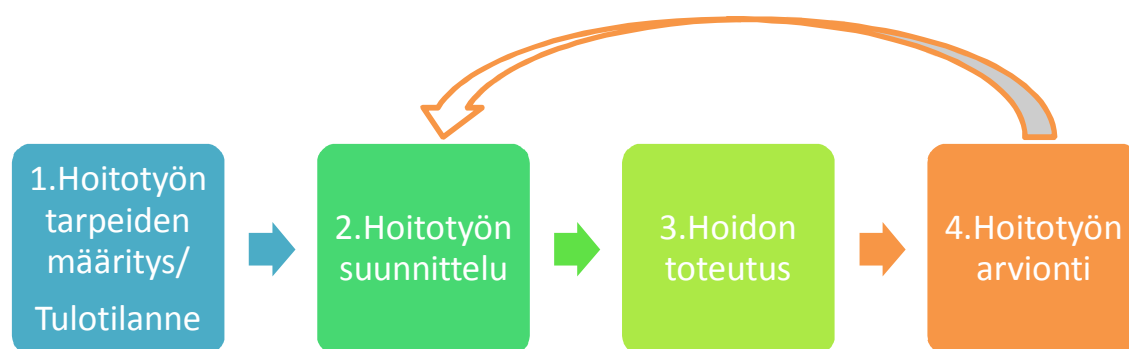
Suosituksen avulla pyritään edistämään aikuisen kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvän lyhytkestoisen kivun hoitotyön potilaslähtöisyyttä sekä kivun hoitotyön oikea-aikaista toteutumista. Tavoitteena on yhtenäistää käytännöt liittyen tällaiseen kivun hoitotyöhön. Tällä pystytäisiin tulevaisuudessa tasa-arvoistamaan potilaiden saamaa hoitoa (Kuvio 3). (Hotus 2013, 4.)



Kuvio 3: Hoitotyön suositus (mukaillen Hotus 2013, 8-24)

3.3.1 Hoitotyön prosessi

Kratzin (1985, 15- 156) hoitotyön prosessimalli tarkoittaa systemaattista tapaa kuvata hoitotyötä. Hoitotyö on määritelty päätöksentekoon perustuvaksi. Sen ensimmäinen vaihe on hoitotyön tarpeiden määrittäminen ja jatkuu hoitotyön suunnittelulla ja hoidon toteutuksella ja päättyy hoitotyön arviointiin. (Ensio & Saranto 2004, 36-39; Kratz 1985, 15-17; Lehtovirta 2014, 30-31.) Hoitotyön prosessin vaiheita on Ension ja Sarannon (2004, 36-39) mukaan kuvattu sekä neljä- että viisi- ja jopa kuusivaiheisena. Vaiheittainen prosessin malli ohjaa potilaan hoitoa toiminnallisesti ja ajatuksellisesti. Suomessa vakiintuneeksi malliksi on tullut käyttöön 4 vaiheinen hoitotyön prosessimalli, kuten kuviossa 4 on esitetty. Lisäksi toisena on myös käytössä viisivaiheinen malli, jossa hoitotyön tarpeen määrittämisen vaiheen jälkeen lisäksi tulisi hoitotyön diagnoosin laatiminen Anttila ym. (2009, 69) mukaan hoitotyön prosessi on jatkuvaa ongelmanratkaisuja sisältävää toimintaa yhdistyneenä päätöksen tekoon. Hoitotyön prosessi on kaiken kirjaamisen perusta.

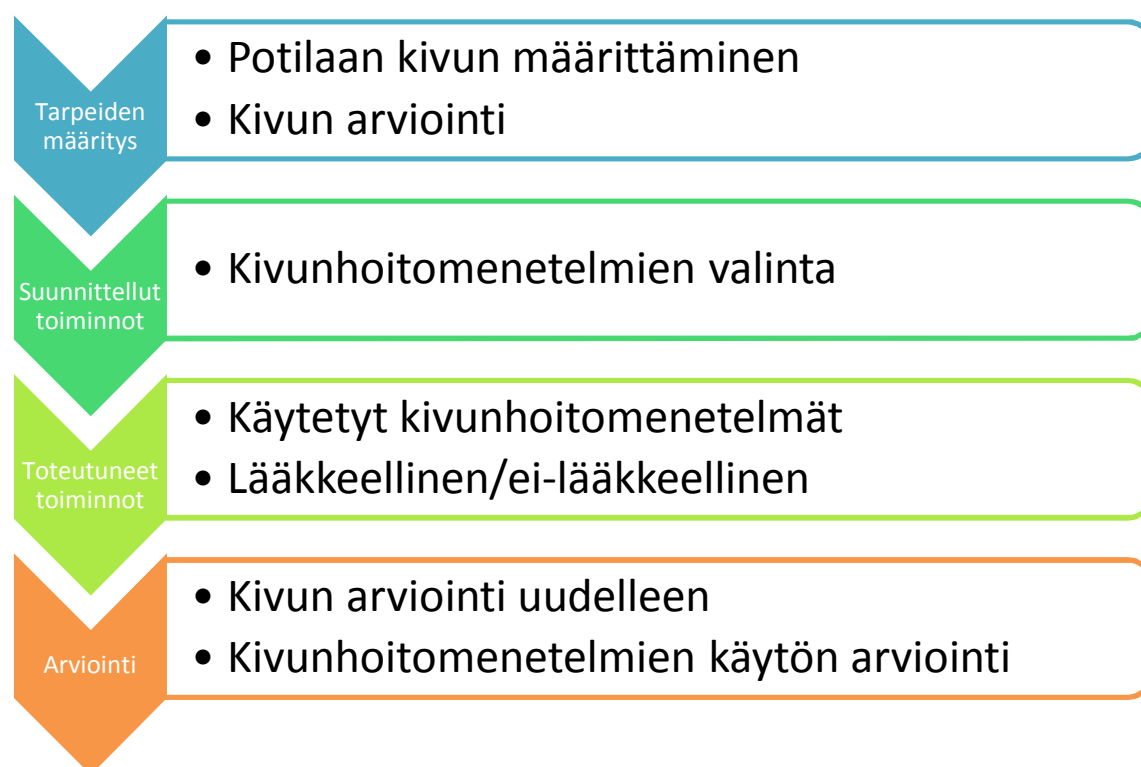


Kuvio 4: Hoitotyön prosessimalli (Kratz 1985, 16-156; Lehtovirta 2014, 30-31)

Kassara ym. (2005, 46-47) ja Anttilan, Hirvelän, Jaatisen, Polvianderin ja Puskan (2009, 69) mukaan tarpeen määrittämiseen kuuluu ensisijaisesti tietojen kerääminen. Kassaran ym. (2005, 47) lisäävät, että tarpeiden määrittäykseen liittyy myös tiedon analysoiminen sekä tarpeiden tunnistus ja niiden täsmentäminen. Hoitotyön suunnitteluun sisältyy Kassaran ym. (2005, 47) mukaan tarpeiden tärkeysjärjestykseen asettaminen sekä tavoitteiden asettaminen, menetelmien kuvaaminen ja suunnitelman kirjoittaminen. Toteutus vaiheessa tulee toimia asetettujen tavoitteiden mukaan sekä tarkkailla, auttaa, tukea ja ohjata sekä tehdä potilas/asiakas kykeneväksi toimimaan itsenäisesti mahdollisuuksien mukaan. (Kassara ym. 2005, 47.) Hoitotyön prosessin viimeisessä vaiheessa tulee hoitotyön toteutuneisuutta ja aluksi määritettyjä tavoitteita verrata keskenään ja arvioida niitä. Uutta tietoa tulee kerätä ja hoitotyö tulos kuvataan. (Kassara ym. 2007, 47.)

Junttila, Salanterä ja Hupli (2005) tutkivat vuonna 2003 kerätyn kyselyn avulla perioperatiivisten hoitajien asenteita kirjaamisessa käytettäviä hoitotyön diagnooseja (nursing diagnoses) kohtaan. Howatson-Jonesin ym. (2012, 56) mukaan hoitotyön diagnoosit ovat tärkeä osa hoitotyön prosessia. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 146 perioperatiivista sairaanhoitajaa, joista lopulta 87 osallistui tutkimukseen vastaamalla kyselyyn. Tarkoituksena oli selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien asenteita hoitotyön diagnoosien käytöstä kirjaamisessa sekä selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat hoitajien asenteisiin ja mielipiteisiin. Yleisesti hoitajien asenteet olivat positiivisia. Hoitotyön diagnoosien käyttöä kirjaamisessa ei koettu kuitenkaan hyödyllisenä eikä sen koettu tukevan tarkan ja täsmällisen kuvauksen antamista potilaan ongelmiin.

Hotuksen (2013, 5) mukaan kivun hoitotyötä ja siihen liittyvää päätöksentekoa tarkastellaan hoitotyönprosessin mukaisesti järjestyksessä. Aloitetaan tarpeiden määrittelystä, suunnitelluista toiminnoista ja edetään toiminnan toteuttamiseen. Tarve voidaan mielestäni nähdä heräämön kivunhoidossa akuuttina kipuna ja tarpeen määrittämiseen näin ollen tarvitaan kivun arviointia. Kivunhoitoon liittyvät suunnitellut toiminnot ovat kivunhoitomenetelmiä. Suunnitelma vaihetta ei kirjata heräämössä lomakkeille näkyviksi, mutta tämä vaihe on silti olemassa. Toiminnan toteuttaminen on itse kivunhoitoa valittujen menetelmien avulla. Tämä tulee kirjata tarkasti näkyviin riippumatta siitä, millaisia hoitotyön menetelmiä käytetään eli lääkinnällisiä vai ei-lääkinnällisiä. Lopuksi arvioidaan vielä toimintaa. Toiminnan arviointi näkyy mielestäni heräämön kivunhoidon kirjaamisessa kivun arviointina eli verrataan, onko potilaan kipu vähentynyt eli onko auttamismenetelmistä ollut apua ja ovatko ne olleet hyviä ja oikeita kyseiselle potilaalle (Kuvio 5). Hotuksen (2013, 5) mukaan prosessiajattelulla voidaan jäsentää kivunhoitoa. Lisäksi toiminnasta tulee prosessiajattelun myötä harkittua ja tietoista toimintaa.



Kuvio 5: Hoitotyön prosessi kivunhoidon kirjaamisessa heräämössä

Kratzin (1985, 15) mukaan hoitotyön prosessin jokainen vaihe sisältää hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Potilas on hänen mukaansa hoitotyön prosessissa kaiken toiminnan lähtökohtana.

3.3.2 Potilasohjaus pohjana hyvälle kivunhoidolle

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitohenkilökuntaa antamaan potilaalle tietoa ymmärrettävällä tavalla riittävästi. Näin turvataan potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa ja sitä koskevien päätösten tekemiseen esimerkiksi kivunhoitoon liittyen. Potilasohjauksen lähtökohta on potilaskeskeisyys. Potilaskeskeisessä ohjauksessa potilas itse on aktiivisena osallistujana ja toimii yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. (Montin 2008, 5-20.)

Tavoitteena potilasohjauksessa kivunhoidon näkökulmasta on se, että potilas saa tarpeeksi tietoa omasta kivustaan. Lisäksi potilas saa tietää kipuun vaikuttavista tekijöistä, kivun hoidosta ja käytössä olevista erilaisista kivunhoitomenetelmistä. Näin ollen potilas voi itse osallistua omaan kivunhoitoonsa ja ymmärtää sen merkityksen itsellensä. Kivunhoidon epäonnistuminen voi johtua potilaan tietämättömyydestä. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Hotuksen (2013, 8) mukaan kirurgisen potilaan ohjaus on osa kivunhoitotyötä. Potilaan määrittellään tarvitsevan tietoa kivusta, sekä sen hoitamisesta ja arvioinnista. Potilasohjaus lisää merkittävästi potilaan tietoa kivusta ja kivunhallintakeinoja sekä puolestaan vähentää ahdistusta ja pelkoa, jotka liittyvät leikkaukseen. Potilaiden tyytyväisyys kivunhoitoon korreloi sen kanssa, ovatko potilaat saaneet niin hyvää potilasohjausta, kun ovat tarvinneet. Sillä on vaikutusta myös potilaiden paranemisessa.

Salanterän ym. (2006, 92) mukaan akuutin kivun hoidossa potilasohjauksen tulisi painottua leikkausta edeltävään ohjaukseen ja preoperatiiviseen käyntiin. Potilaat kokevat vähemmän kipua, kun tietävät mitä on odotettavissa. Tieto vähentää lisäksi leikkaukseen liittyvää mahdollista pelkoa ja ahdistusta, jotka myös hoitamattomina lisäävät kipukokemuksen voimakkuutta. Potilaat haluaisivat yleensä tietää kokevatko he kipua toimenpiteen aikana tai sen jälkeen, miten kauan kipu kestää, miltä kivun kokeminen tuntuu, mitä hoitovaihtoehtoja kipuun on tarjolla, milloin heidän kuuluu kertoa kivustaan sekä mitä ongelmia kivun hoidosta tai itse kivusta seuraa. Lisäksi potilaat haluaisivat usein tietää mistä he voivat saada apua kivun yltyessä ja millainen kipu toimenpiteen aikana tai sen jälkeen on normaalia.

3.3.3 Akuuttikipu ja akuutin kivun hoitotyö

Akuuttikipu on varoitusmerkki elimistössä uhkaavasta vaarasta, mikä merkitsee Terveysportin (2009) ja Hotuksen (2013, 5) mukaan henkeä uhkaavaa hätätilannetta, jossa välitön hoito ja tutkimus ovat tarpeen. Hotuksessa (2013, 5) määritellään, että toimenpiteeseen liittyvä kipu on akuuttia ja lyhytkestoista kipua. Tällaista toimenpiteeseen liittyvää kipua sanotaan no-

siseptiiviseksi kivuksi, mikä johtuu kudosaärsytyksestä. Nosiseptiivinen kipu on aina suora seuraus kehon jonkin osan kudosaauriosta ja se katoaa kudoksen parantumisen myötä.

Hotuksen (2013, 5) ja Salanterän ym. (2006, 76) sekä Mac Lellanin (2006, 5-6) mukaan akuutti kipu voi hoitamattomana muuttua pitkittyneeksi, krooniseksi kivuksi. Akuutti kipu muuttuu krooniseksi kivuksi, kun sen kesto on ylittänyt 3 kuukautta. Hoitamaton akuutti kipu aiheuttaa erilaisia oireita elimistössä. Oireita voi esiintyä sydän- ja verenkiertoelimistössä, hengityksessä, ruoansulatuskanavassa, aineenvaihdunnassa sekä hormonitoiminnassa tai jossain muualla elimistössä. (Salanterä ym. 2006, 76.) (Kuvio 4) Hotuksen (2013, 5) ja Salanterän ym. (2006, 76) mukaan hoitamattomalla kivulla on haittavaikutuksia, jotka hidastavat ja heikentävät potilaan paranemista. Hyvin hoidettu lyhytkestoinen kipu mahdollistaa potilaalle varhaisen liikkeen lähdön ja vaikuttaa siten hoidon tuloksiin oleellisesti (Kuvio 6) (Hotus 2013, 5).

Sydän- ja verenkiertoelimistö

- Syke ja verenpaine nousee
- Sydänlihaksen hapenkulutus kasvaa
- Rytmihäiriöiden ja laskimotukosten riski lisääntyy

Hengitys

- Hengitystaajuus kasvaa
- Kertatilavuus, hapetus ja keuhkotuuletus vähenee
- Liman kertyminen lisääntyy
- Keuhkokuumeen riski kasvaa

Ruoansulatuskanava

- Mahalaukun tyhjeneminen lisääntyy

Aineenvaihdunta

- Virtsaneritys vähenee

Hormonitoiminta

- Verensokeri nousee
- Stressihormonitaso kasvaa

Muut

- Toipuminen hidastuu
- Kipu pitkittyy

Kuvio 6: Hoitamattoman akuutin kivun vaikutukset elimistössä
(mukaillen Salanterä ym. 2006, 76)

Heikkilän (2013) tutkimuksessa kuvattiin avosydänleikattujen potilaiden pitkittyneen kivun syitä ja kivun hoitotyön kirjaamista (n = 50). Tutkimus toteutettiin vuosina 2005-2009 yliopistollisessa sairaalassa kvalitatiivisella sisällönerittelyllä. Tutkimustuloksen mukaan hoitotyön kivunhoidon kirjaaminen osoittautui erittäin heikoksi, sillä 34 % potilaista ei ollut minkäänlais-ta kirjausta kivusta tai kivunhoidosta koko sairaalahoitajakson aikana. Kivun voimakkuus oli kirjattu satunnaisesti vain joidenkin kohdalla ja kipumittarin arvio oli vain 1 kerran kirjattu. Kivun kestoa tai lääkkeitöiden kivunhoitomenetelmien käyttöä ei ollut kirjattu kertaakaan. Kirjauksissa oli muutama merkintä potilaan omasta kipuarviosta. Myös kipulääkkeen vaikutta-vuudesta oli vain muutama merkintä. Kirjaaminen oli kaikin puolin epäsystemaattista ja kir-jaaminen selvästi oli riippuvaista siitä, kuka oli kirjaukset tehnyt. Potilasasiakirjoista huomattiin, ettei yhdessäkään ollut käytetty kipumittareita. Tämä on jopa huonompi tulos kuin oli Idvall ja Ehrenberg (2002) tutkimuksessa, jossa alle 10 % potilailla oli kipua arvioitu kipumit-tarilla. 56 % eli 28 asiakirjassa ei ollut lääkehoitoa kirjattu ollenkaan.

Kivun laadun, voimakkuuden ja sen aiheuttamien toimintarajoitteiden kirjaus on vertailukoh-tana hoitovasteen arvioinnissa sen jälkeen kun potilaan kipua on alettu hoitaa. Kivun sijain-nin kirjaamiseksi voidaan hyödyntää kipupiirrosta. (Haanpää ja Salminen 2009.)

Kivun tunnistaminen on yksi tärkeimmistä perustehtävistä terveydenhuollossa (Salanterä ym. 2006, 75). Hotuksen (2013, 5), Salanterän ym. (2006, 75) sekä Pudas-Tähkän ja Kangasmäen (2010) mukaan paras asiantuntija kivun tunnistamisessa on yleensä kivun kokija. Lähtökohta kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on potilaan oma näkemys kivustaan ja oleellista on kivun syyn löytäminen. Hotuksen (2013, 5) mukaan tämän määritelmän huono puoli on sen yksipuo-lisuus, mikäli potilas ei osaa kertoa kivustaan sanallisesti. Kuitenkin tällaisissa tapauksissa potilaan kipukäyttäytymistä on mahdollista arvioida. Kivun arvioinnin tulee aina tapahtua säännöllisin väliajoin (Salanterä, Hagelberg, Kauppi & Närhi 2006, 75).

Potilaan kivun tunnistaminen on moninaisia piirteitä sisältävä toiminta yhdessä potilaan kans-sa. Tunnistamisessa tulee ottaa huomioon potilaan kokema ahdistus, pelko, sukupuoli, ma-sennus ja potilaan aiemmat kipukokemukset sekä tehtävän toimenpiteen luonne. Kaikki nämä asiat vaikuttavat olennaisesti potilaan leikkauksen jälkeisen kivun kokemiseen ja sen arvioimi-seen. (Hotus 2013, 10.)

Kudosvauriokivun tunnistaminen on yleensä melko helppoa Salanterän ym. (2006, 79) mukaan. Leikkauksen jälkeinen kipu on kudosvauriokipua, mikä on fysiologinen, terveen kipuhermojär-jestelmän reaktio aiheutuneeseen kudosvaurioon. Tällöin kivun syy on tiedossa useissa tapa-uksissa ja näin ollen helposti tunnistettavissa. Potilas paikantaa yleensä kipukohtansa leikka-us- eli kudosvaurioalueelle. Kirurgisessa toimenpiteessä kudosta joudutaan toimenpiteen to-teuttamiseksi vaurioittamaan (Hotus 2013, 6).

Haanpään ja Salmisen (2009) mukaan kivun arvioinnissa on tärkeää tunnistaa kiputyyppi, kivun aiheuttaja ja yksilölliset tekijät. Hoidon suunnittelu ja toteutus tulee pohjautua potilaan kokonaisvaltaiseen arvioon. Pudas-Tähkän ja Kangasmäen (2010) mukaan kivun arvioinnissa huomioidaan kivun sijainti, millaista kipu on, kivun aiheuttaja ja kivun voimakkuus. Salanterän ym. (2006, 78) mukaan on tärkeää, että potilas arvioi kivun voimakkuuden lisäksi myös sen sijaintia, laatua, kestoja sekä asioita, jotka vähentävät tai lisäävät kipua. Jos kipuarviota ei saada potilaalta sanallisesti, voidaan tulkita potilaan kipukäyttäytymistä kuten kasvojen ilmeitä, fyysisiä liikkeitä ja ääntelyä. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.)

Hotuksen (2013, 12) mukaan potilaan kivun arvioinnissa tärkeää on kysyä potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta ja potilaan kivun voimakkuutta arvioidaan mittarilla yhdessä potilaan kanssa häntä neuvoen mittarin käytössä. Tulee aina käyttää potilaan itse valitsemaa kipumittaria. Valittu mittari tulee kirjata, jotta samaa kipumittaria voidaan käyttää koko hoitojakson ajan. Tämä yhtenäistää hoidon vaikuttavuuden arviointia jopa pidemmällä aikavälillä.

Kipua tulee arvioida sekä säännöllisesti että tarvittaessa ja erilaisissa tilanteissa. Kipua arvioidessa kysytään potilaan kivun sijaintia, laatua ja lisäksi tulee arvioida potilaan kipukäyttäytymistä. Pelkästään kipukäyttäytymistä arvioidaan vain potilailla, jotka ovat jostain syystä kykenemättömiä kommunikoimaan sanallisesti. Kipua havainnoitaessa ilman sanallista kommunikointia, on kivun arvioinnin aina hoitojakson aikana perustuttava toistuvasti näihin samoihin, käytettyihin kriteereihin. Tämän vuoksi erillisiä arviointikertoja voidaan vertailla keskenään ja hoidon jatkuvuus on turvattu. (Hotus 2013, 12.)

Haanpään ja Salmisen (2009) sekä Salanterän ym. (2006, 100) mukaan kivunhoitotyön tavoitteena on kivun lieventyminen. Hyvän kivunhoidon perustana on myös hyvä hoitosuhde (Haanpää ja Salminen 2009). Hotuksen (2013, 16) mukaan kivun lääkehoidon toteutus on lääkärin vastuulla, mutta sairaanhoitaja on lääkehoidon toteuttaja. Lääkehoidon toteutus on aina kivun hoitotyössä suunnitelmallista ja sen tulee perustua potilaan tarpeisiin. Lääkehoito toteutetaan noudattamalla annettuja lääkemääräyksiä. Kipulääke, sen määrä, antoajankohdat ja antoreitit sekä kotilääkitys suunnitellaan potilaalle yksilöllisesti ja se perustuu kivun arviointiin.

Uski-Tallqvistin (2005) suomalaistutkimuksessa tutkittiin postoperatiivisen kivun hoitotyön kirjaamista elektronisessa potilaskertomuksessa delfi-menetelmällä. Tutkimustuloksista ilmeni, että postoperatiivisen kivun kirjaamisessa tulisi huomioida etenkin määräykset leikkauksen jälkeisestä kipulääkityksestä ja epiduraali-infuusion kanssa käytettävät erilaiset lääkkeet sekä annettu lääke, antoaika ja sivuvaikutukset. Kivunhoidon arvioinnissa olisi kirjattava kipulääkitykseen liittyvät lääkärin konsultaatiot ja kipulääkityksen vaikuttavuuden kirjaaminen potilaan omana kokemuksena

Muita kivunhoitomenetelmiä ovat fysikaaliset ja kognitiiviset hoitomenetelmät lääkehoidon lisäksi. Fysikaalisia hoitomenetelmiä ovat akupunktiohoito, hieronta, kylmähoidot sekä liike- ja asentohoidot. Kognitiivisia menetelmiä on rentoutumismenetelmä, musiikki, huomion pois suuntaaminen kivusta, ohjattu mielikuvittelu ja kofeiini. (Hotus 2013, 17.)

Hotuksen (2013, 5) mukaan oleellista kivun hoidon arvioinnissa on sen jatkuvuus koko hoidon ajan, jotta tavoitteiden saavuttamista ja hoitosuunnitelmaa voidaan jatkuvasti tarvittaessa muuttaa. Pudas-Tähkän ja Kangasmäen (2010) mukaan kivun arvioinnissa on tärkeää suhtautua kriittisesti verenpaineen tai sydämen sykkeen muutoksiin, koska potilaiden reaktiot ovat erilaisia ja yksilöllisiä kestoaltaan ja voimakkuudeltaan. Salanterän ym. (2006, 75) mukaan akuutin kivun arviointi peruselintoimintoja mittaamalla on epävarmaa, koska niihin vaikuttavat kivun lisäksi monet muut yksilölliset tekijät.

Salanterän ym. (2006, 76- 83) mukaan kivun voimakkuutta voi arvioida joko sanallisesti tai erilaisten mittarien avulla. Kipua voidaan arvioida myös potilaan käyttäytymisestä. Kommunikoimattomalla potilaalla kipukäyttäytymisen arviointi on paras tapa saada tietoa potilaan kiputunteuksista. Käyttäytymisen arviointi on luotettavampaa kivun arvioinnin kannalta kuin fysiologisten muutosten arviointi.

Kipua voidaan Salanterän (2006, 76-78) mukaan arvioida kasvojen ilmeistä, itkusta, kyyneleistä, kehona asennoista sekä raajojen liikkeistä. Myös Hotuksessa (2013, 26) on määritelty kivun arvioinnissa käytettävän kasvojen ilmeitä. Lisäksi kivun arviointiin voidaan sen mukaan käyttää ääntelyn tulkittamista, kehon kieltä ja persoonallisuuden ja henkisten toimintojen muutoksia sekä tulkita sitä, onko potilaalla muutoksia päivittäisissä toiminnoissa.

Salanterän ym. (2006, 100-101) mukaan leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuuden tavoitteena tulisi olla 3-4/10 tai vähemmän levossa. Sanallisesti ilmaistuna kipu olisi tällöin lievää tai siedettävää. Lääkityksellistä akuutin kivun hoitoa tulisi arvioida 20-30 minuuttia lääkkeen antamisen jälkeen. Myös muita kivun kannalta oleellisia asioita, kuten sijaintia, laatua ja kestoa tulisi kysyä ja kirjata säännöllisesti.

Hotuksessa (2013, 20) määritetään yhdeksi tärkeäksi osaksi kivunhoitoa potilaan voinnin seuranta kivunhoidon aikana. Kipua ja lääkityksestä johtuvia mahdollisia haittavaikutuksia tulee seurata aktiivisesti ja säännöllisesti koko hoidon ajan. Sairaanhoitajan täytyy olla aktiivinen osapuoli, koska potilaat eivät aina kerro itse kivustaan tai haittavaikutuksista oma-aloitteisesti.

3.3.4 Kipumittarit

Pudas-Tähkän ja Kangasmäen (2010) mukaan kipumittareilla voidaan arvioida potilaan kivun voimakkuutta, kipulääkkeen tarvetta sekä annettujen lääkkeiden vaikutuksia. Aina kun potilas pystyy arvioimaan itse omaa kipuaan ja sen voimakkuutta, niin tulee käyttää kipumittaria. Potilasta tulee aina ohjeistaa kipumittarin käyttöön. Hotuksen (2013, 12-13) mukaan kipumittari tulee valita yhdessä potilaan kanssa, ja samaa mittaria tulisi käyttää koko potilaan hoitajakson ajan. Lisäksi tulee määritellä tavoiteltu kivuttomuuden taso, kipulääkkeen annostelu sekä lääkkeen lopetus (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010).

Haslam, Dale, Knechtel ja Rose (2011) ovat kanadalaisessa tutkimuksessa retrospektiivisellä sisällönanalyysillä tutkineet kipumittarin käyttöä/ kivun kuvailua kriittisesti sairailta potilailta, jotka eivät ole kyenneet itseilmaisuun. Tutkimus on toteutettu kanadalaisen sairaalan teho-osaston potilaiden vuosien 2008-2009 kirjauksien perusteella. Yhteensä tutkimukseen otettiin mukaan 679 narratiivista kuvausta kivusta potilailla, jotka eivät ole itse kyenneet kivusta sanallisesti kertomaan. Tutkimuksesta nousi esiin kolme suurempaan kategoriaa, joita olivat potilaan fysiologisen tilan kuvaus, kivuttomuuden kuvaus ja potilaan käytöksen kuvaaminen

Tässä opinnäytetyössä on arvioitu kivun hoidon kirjaamista heräämössä, jossa on käytössä kaksi kipumittaria, NRS ja VAS. NRS-mittarin käyttöä tutkitaan tässä opinnäytetyössä.

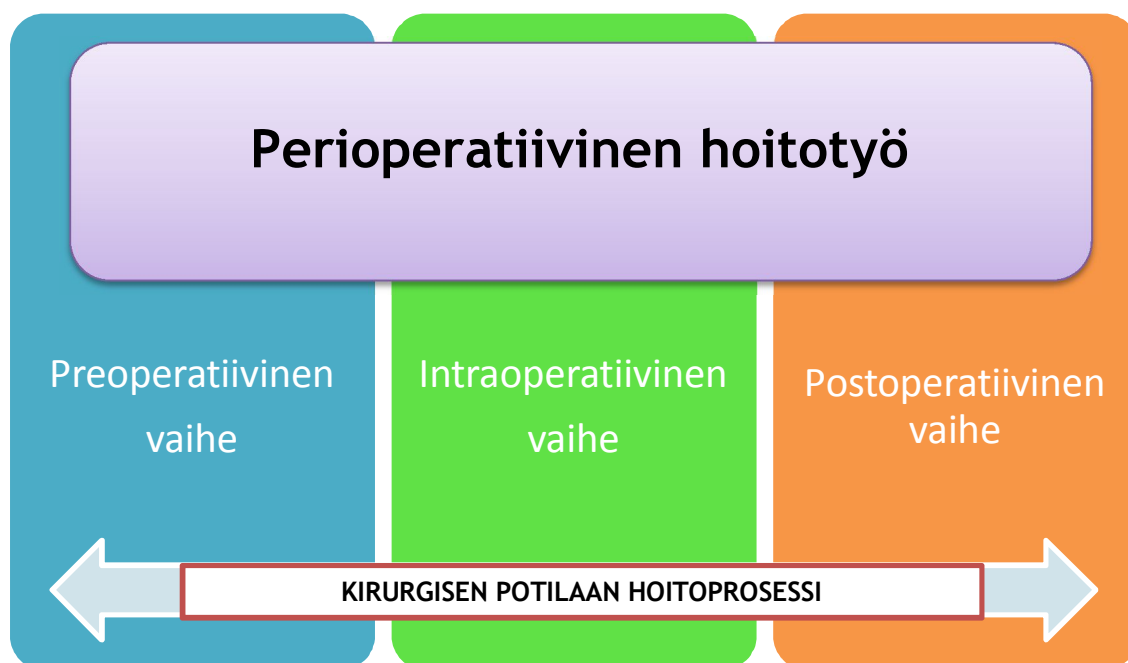
NRS-mittarilla (Numeric Rating Scale) potilaan kipua mitataan asteikolla 0-10. 0 tarkoittaa, että potilaalla ei ole minkäänlaista kipua ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua. 1-3 tarkoittaa siedettävää kipua. Potilasta pyydetään valitsemaan luku, joka kuvastaa parhaiten hänen kipunsa voimakkuutta tällä hetkellä. NRS-mittaria suositellaan käytettäväksi kriittisesti sairaiden ja kipeiden potilaiden hoidossa. (Terveysportti 2010; Ilola 2013, 198; Hotus 2013, 26.)

VAS-mittari (Visual Analogue Scale) on yleisimmin käytetty kipumittari. VAS-mittari on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jossa toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pää pahinta mahdollista kipua. Kipujan toisella puolella on numeroin merkitty mitta-asteikko, josta näkee kivun numeroarvona. Mittarina VAS on luotettava ja helppo käyttää. Kipulääkitys on riittämätön silloin, kun potilas määrittää kipunsa 4 tai sen yli. (Terveysportti 2010; Ilola 2013, 198; Hotus 2013, 26.)

Taverner ja Prince (2013) ovat kanadalaisessa tutkimuksessa arvioineet hoitajien tekemää potilaan kivun arvioimista ja kirjaamista neuropaattisesta kivusta postoperatiivisilla potilailla. Arviointi keskittyi kirjattuihin neuropaattisen kivun merkkeihin välittömässä leikkauksen jälkeisessä vaiheessa. Hoitajat olivat saaneet koulutusta potilaan neuropaattisen kivun arvioimiseksi käyttämällä luotettavaa ja vahvistettua 7-osaista DN4-mittaria. Tutkimus toteutettiin 450 potilaan asiakirjat läpi käymällä ja näistä 423 otettiin lopulta mukaan tutkimukseen (n = 423). Tutkimus tulokset osoittavat, että hoitajien on paremmin mahdollista arvioida säännöllisesti postoperatiivisen potilaan neuropaattista kipua 7-osaista DN4-mittaria käyttämällä.

3.3.5 Heräämöhoidotyö ja kirjaaminen

Perioperatiivinen hoitotyö on osa kirurgisen potilaan hoitoprosessia, joka toteutetaan leikkausosastolla (Lukkari ym. 2013, 20; Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 64-65). Perioperatiivinen hoitoprosessi on nimitys varsinaiselle leikkausvaiheelle. Perioperatiivinen hoitotyö voidaan puolestaan jaotella kolmeen ajallisesti ja toiminnallisesti erilaiseen vaiheeseen. Preoperatiivinen vaihe tarkoittaa leikkausta edeltävää vaihetta ja intraoperatiivinen vaihe käsittää leikkauksen aikaiset toiminnot. Postoperatiivinen tarkoittaa leikkauksen jälkeistä vaihetta. Heräämöhoidotyö eli valvontayksikössä tapahtuva toiminta kuuluu postoperatiiviseen vaiheeseen. (Lukkari 2013, 20-22.)



Kuvio 7: Perioperatiivinen hoitotyö osana kirurgisen potilaan hoitoprosessia (mukaillen Lukkari ym. 2013, 20-24)

Lukkarin ym. (2013, 21-23) mukaan postoperatiivinen hoitotyö alkaa siitä, kun potilas otetaan vastaan heräämään ja päättyy silloin, kun potilas ei tarvitse enää leikkaukseen liittyvää valvontaa tai hoitoa. Heräämössä hoitajat tarkkailevat potilaan anestesiasta ja leikkauksesta toipumista. Potilaan elintoimintojen tulee vakiintua heräämössä olo aikana. Potilaan tilaa arvioidaan ja verrataan sekä leikkausta edeltävään vointiin että leikkauksen aikaiseen. Hotuksen (2012) mukaan heräämössä ilmenevät ongelmat liittyvät useimmiten potilaan pahoinvointiin, oksentamiseen ja hengityksen sekä verenkierron häiriöihin ja leikkauksen jälkeiseen kipuun, hypotermiaan sekä uneliaisuuteen ja lääkevirheisiin.

Opinnäytetyön tutkimus on tehty heräämään, johon potilaat tulevat joko kotoa, ensiavusta, vuodeosastolta tai valvonnasta. Heräämöhoidon jälkeen potilaat siirtyvät jatkohoitoon vuodeosastoille, tehostettuun valvontaan tai pääsevät suoraan kotiin. Heräämössä, johon tämä opinnäytetyö on tehty, on määritelty heräämöhoidotyön tavoitteet ja tarkoitus seuraavasti:

1. Potilasta ei tule siirtää liian varhain tai turhan myöhään jatkohoitoon
 - a. Siirtokriteerit täyttyvät/anestesia lääkäri antaa luvan
 - b. Heräämöhoido on pitkittynyt silloin, kun viivettä on 15-30 minuuttia
2. Potilas siirretään osastolle silloin, kun vitaalielintoiminnot ovat palautuneet leikkaukseen edeltävälle tasolle ja potilaan kipu on NRS < 3
3. Jokaisella hoitajalla on omat potilaat, mikä vahvistetaan nimikirjoituksella heräämölomakkeeseen.

Heräämöhoidotyön yksi merkittävimmistä piirteistä on kirjaaminen. Kirjaamisen tulee olla Lukkarin ym. (2013, 109) ja Anttilan ym. (2009, 67-69) mukaan virheetöntä, selkeällä käsialalla kirjoitettua tekstiä, johon vain potilaan voinnin tai hoidon kannalta oleelliset asiat merkitään. Kirjaamisen tulee tehdä hoitotyön päätökset näkyviksi ja sen tulee sisältää arviointia.

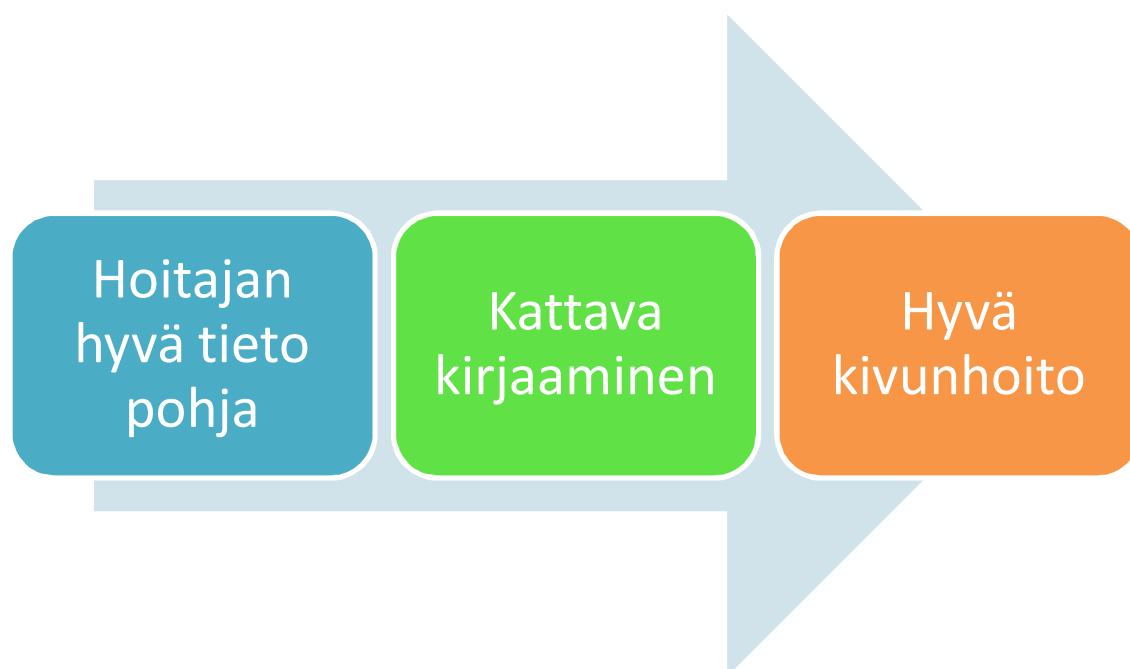
Hotuksen (2013, 20) aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön-suosituksessa määritetään potilaan hoitotyön kirjaaminen yhdeksi tärkeimmäksi osaksi alueeksi potilaan kivun hoitoprosessissa. Kivun hoitotyö tulee Suosituksen mukaan kirjata täsmällisesti potilasasiakirjoihin perustuen Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen koskien potilasasiakirjoja 298/2009. Merkinnöistä tulee selkeästi näkyä se, mitä päätöksiä potilaan kivunhoidon suhteen on tehty ja millä perusteella näihin toimintoihin on päädytty.

Suomalaisessa tutkimuksessa vuosien 2005-2009 aikana tutkittiin eräässä yliopistosairaalassa avosydänleikattujen potilaiden asiakirjojen pohjalta potilaiden kivun pitkittymistä ja kivun hoitotyön kirjaamista (N = 2113) (n = 50). Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella sisällönerittelyllä. Tutkimus tulosten mukaan kivun hoitotyön kirjaaminen oli erittäin heikkoa. (Heikkilä 2013.)

Kauppi (2013) tutki erään suomalaisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston sydänleikattujen potilaiden sähköisten asiakirjojen leikkauksen jälkeistä kivun hoidon kirjaamista (n = 55). Tutkimus toteutettiin laadullisella sisällönanalyysillä. Analyysiyksiköiksi poimittiin kaikki kivun hoitoa, sen arviointia, kivun kuvailua tai kivun vaikutuksia sisältävät osiot. Tutkimuksen tulokset jakautuivat kahteen osaan, kivun hoidossa käytettyihin menetelmiin eli lääkkeellisiin ja lääkkeettömiin menetelmiin sekä kivunhoidon ja kivun aiheuttamien vaikutusten arviointiin. Kirjaamisen minimivaatimukset eivät täyttyneet tutkimustulosten perusteella ja kirjaaminen oli laadultaan vaihtelevaa.

Perioperatiivisessa hoitotyössä hyvän kirjaamisen laadullisia kriteerejä ovat Lukkarin ym. (2013, 105) mukaan kirjaamisen loogisuus, ymmärrettävyys, selkeys ja potilaalle oleellisten asioiden julkituominen sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta. Kirjaaminen sisältää selkeän kuvan potilaan hoidollisista ongelmista sekä hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Kirjaamisen tulee olla laadukasta ja heijastaa hoitotyön perustavoitetta eli terveyden edistämistä.

Sailon (2000, 98-99) mukaan hoitotyön hyvän kirjaamisen kriteerinä on se, että potilaan hoidollisista ongelmista sekä hoitotyön tavoitteista ja tuloksista välittyy selkeä kokonaiskuva. Hoitajan ammattitaito ja tietämys kivusta on pohja hyvälle kirjaamiselle. Kipua hoidettaessa sen tarkka kirjaaminen on pohja hyvälle, yksilölliselle ja laadukkaalle kivunhoidolle (Kuvio 8).



Kuvio 8: Hyvä tietopohja luo perustan kattavalle kirjaamiselle ja kivun hoidon onnistumiselle (mukaillen Sailo 2000, 98-102; Kassara ym. 2005, 55-56)

Ruotsissa palliatiivisella osastolla tehdyn pilottitutkimuksen tuloksien mukaan kirjaaminen osastolla painottui eniten fyysisen hoidon kirjaamiseen. Tutkimuksen otokseen oli valittu 15 tietyllä ajanjaksolla osastolla menehtyneen potilaan asiakirjaa ($n = 15$). Dokumentoinnissa yleisimmin oli kirjattu potilaiden kokemaa kipua. Potilaiden kokemaa kipua oli kuvailtu asiakirjoihin potilaan kokemana kipuna, kärsimyksenä tai tuskaisuutena. Kivusta ei ollut kuitenkaan kirjattu kivun sijaintia, voimakkuutta tai kivun luonnetta. Potilaan kokemaa kipua ei ollut yhdessäkään potilasasiakirjassa mitattu VAS (visual analog scale) mittarilla. Potilaiden kivun seuranta ei ollut kirjauksien mukaan jatkuvaista vaan enemmän satunnaista. Yleisin merkintä kivunhoidossa oli kipulääkkeen antaminen. (Gunhardsson, Svensson & Berterö 2008.)

Hyvässä kivunhoidon kirjaamisessa tulee selvästi ilmi potilaan hoitotyön tarve eli tässä tapauksessa potilaan kipuongelma, hoitotyön tavoitteet, tehdyt toiminnot ja saavutetut tulokset ja niiden arviointi, joka näkyy myös kivunhoidon arviointina kirjauksissa. Kirjaamisesta tulee ilmi miten potilasta on hoidettu, mitä on tehty ja mitä vaikutuksia tehdyillä toimenpiteillä on ollut potilaan kannalta. Säännöllinen kirjaaminen takaa hoidon jatkuvuuden, suunnittelun sekä toteutuksen ja arvioinnin mahdollisuuden. Kirjaaminen on oleellinen asia myös potilasturvallisuuden kannalta. Tulee kirjata vain se, mikä on potilaan tilanteen kannalta oleellista tietoa. Kirjaamisessa tulee seurata kolmea tärkeää kysymystä, jotka ovat mitä, miten ja miksi (Kuvio 9). (Salanterä ym. 2006, 102-103.)



Kuvio 9: Hoidollisen päätöksenteon jäsentäminen kysymyksillä ja kivunhoidon kirjaaminen (mukaillen Salanterä ym. 2006, 102-103)

Lukkarin ym. (2013, 109-111) mukaan perioperatiivinen hoitotyö tulee kirjata anestesiahoi-
dosta anestesiaalomakkeelle. Anestesiahoitotyön suunnitelma kirjataan esitietolomakkeelle,
intraoperatiiviselle seurantalomakkeelle sekä postoperatiiviselle seurantalomakkeelle valvon-
tayksikössä. Esitiedot, leikkauspuolen kirjaaminen ja intra- sekä postoperatiivinen seuranta
voivat olla kaikki kirjattuina myös samalle lomakkeelle. Anestesiavalvontasuositus määrittelee
sen, mitä anestesioidusta potilaasta tulee seurata intra- ja postoperatiivisessa hoitovaiheessa.

Perinteisen anestesiaalomakkeen täytettävä merkintätila on tiivis, minkä vuoksi merkintöjen
tulee olla selvällä käsialalla kirjoitettuja ja kirjattuna niille tarkoitetuille paikoille lomakkee-
seen. Jos tulee virheellinen merkintä, on se selkeästi pyyhittävä yli ja lisättävä uusi, korjaava
merkintä tilalle. Vain tällä menetelmällä voidaan osoittaa tilanteessa toteutunut todellinen
toiminta. Kirjaamisen apuvälineitä ovat erilaiset hoitoisuus- ja potilasluokitukset, joihin sisäl-
tyy hoitotyön diagnooseja. Käytetyin ja tunnetuin hoidon luokitus perioperatiivisessa hoito-
työssä on ASA-luokitus eli potilaan anestesiakelpoisuusluokitus. Luokitusten avulla kuvataan
hoitoa ja potilaan hoitotyön tarvetta. (Lukkari ym. 2013, 107-116.)

Idvall ja Ehrenberg (2002) ovat tutkineet hoitotyön kirjaamista postoperatiivisen kivun hoidos-
sa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitotyön postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamista
ja hoitajien havaintoja kirjauksista suhteessa ajankohtaisiin säädöksiin ja ohjeistuksiin. Tut-
kimuskohteena olivat hoitotyön kirjaukset leikkauksen jälkeisestä hoidosta toisena leikkauk-

sen jälkeisenä päivänä. Tutkimukseen otettiin mukaan 172 potilaan kirjaukset, joita olivat kirjanneet yhteensä 63 eri rekisteröityä hoitajaa kirurgisilla osastoilla ruotsissa eräässä alueellisessa keskussairaalassa. Kirjaukset käytiin läpi ja arvosteltiin sisällöllisesti ja kokonaisvaltaisesti pohjautuen leikkauksen jälkeisen kivun hoidon säädöksiin ja ohjeistuksiin. Hoitajilta kysyttiin myös yhtyvätkö kirjaukset ajankohtaisiin säädöksiin ja ohjeistuksiin. Tulokset osoittivat, että hoitajat eivät olleet tietoisia siitä, että kirjaukset poikkeavat ajankohtaisista säädöksistä ja ohjeistuksista niin paljon.

Lyhytkestoisessa akuutissa ja postoperatiivisessa kivun hoidossa minimivaatimuksia ovat Salanterän ym. (2006, 102-104) mukaan kivun tunnistaminen, kivunhoidon tavoite, kivunhoito ja hoidon seuranta. Akuutin kivun ja postoperatiivisen kivun kirjaamisen minimivaatimukset eroavat hieman toisistaan. Akuutissa kivussa kivun tunnistamiseen kuuluu kirjata kivusta missä se on, millaista kipu on, milloin kipu on alkanut, kuinka voimakasta kipu on ja mikä kipuun helpottaa tai mikä sitä pahentaa. Postoperatiivisessa kivunhoidossa on määrä kirjata vähintään missä kipu on, kuinka voimakasta se on ja millaista kipu on. Kivunhoidon tavoitteesta tulee akuutissa kivunhoidossa ilmetä, onko potilas saatu kivuttomaksi tai onko kipu lievittynyt potilaan hyväksymälle tasolle. Postoperatiivisessa kivun hoidossa tulee vähintään tavoitteena kirjata, että kivun olla voimakkuudeltaan alle 3. Kivun hoidon tavoitteena tulee olla myös se, että kipu ei saa haitata potilaan nukkumista, syömistä, liikkumista, hengittämistä tai yskimistä eikä muitakaan toimintoja (Kuvio 10).

Suomalaisessa tutkimuksessa Tiusanen, Junttila, Leinonen ja Salanterä (2010) ovat halunneet luoda minimikriteerit perioperatiiviseen kirjaamiseen. He loivat AORN:n pohjautuen asiantuntijoiden ja Delfi-tekniikan avulla perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen minimikriteerejä. Heidän mukaansa kirjaamisen tulee pohjautua hoitotyön prosessin eri vaiheisiin. Kivun hoito näkyy kirjaamisen minimikriteereissä kivun arvioimisena, ennaltaehkäisemisenä, hoitona ja potilaan kiputuntemuksen kirjaamisena potilaan hoidon päättyttyä. Lisäksi on mainittu potilaan ohjaus ja potilaan subjektiivisen kokemuksen kirjaaminen.

Kivunhoito tulee kirjata ja siinä tulee sekä akuutissa että postoperatiivisessa kivunhoidossa ilmetä lääkehoito tai lääkkeetön hoito. Lääkehoidosta tulee olla kirjattuna lääkkeen nimi, määrä, anto-tapa, ajankohta sekä lääkkeen antaja. Lääkkeettömästä hoidosta tulee olla kirjattuna menetelmä. Lisäksi tulee kirjata mahdolliset haittavaikutukset, jonka kirjaamisesta tulee ilmetä esimerkiksi pahoinvointi tai sedaatio. Lisäksi postoperatiivisessa kivunhoidossa tulee olla kirjattuna motorikka, kutinat, hengitystiheys, ihonväri, lämpö ja mahdolliset virtsaamisvaikeudet. Hoidon seurannasta kirjataan akuutissa kivussa kivun voimakkuus 1-2 tunnin välein ja postoperatiivisessa kivussa 2-4 tunnin välein. Sekä akuutissa että postoperatiivisessa kivun hoidon kirjaamisessa tulee hoidon seurannassa ilmetä se, että lääkkeen antamisen jälkeen vaikutuksia on arvioitu aina 20 minuutin kuluttua (Kuvio 10). (Salanterä ym. 2006, 104.)



Kuvio 10: Kirjaamisen minimivaatimukset lyhytkestoisessa kivun hoitotyössä (mukaillen Salanterä ym. 2006, 102-104)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa Lippert, Miller, Lippert & Mehlman (2011) arvioivat leikkauksen jälkeisen kivun kirjaamista vastasyntyneillä, jotka olivat kärsineet olkavarren plexus-hermon halvauksesta. Tutkimukseen osallistui 75 potilasta (n = 75). Tulosten mukaan lääkeshoidossa 64 potilaalta ei ollut asianmukaisesti arvioitu uudelleen kipua lääkeshoidon jälkeen.

Leikkausosastolla laadituissa kriteereissä on määrätty, että jokaisesta Heräämään tulevasta potilaasta on kirjattava kolme eri osa-aluetta. Kirjaamisen ensimmäinen osa-alue on tulostatus. Kivun hoidon kannalta siihen sisältyy se, että potilaalta kysytään kipua ja muita hänen kokemiaan tuntemuksia, kuten pahoinvointia sekä myös NRS:a. Toinen osa-alue on heräämösä oloajan kirjaus. Tähän osa-alueeseen kuuluu kivunhoito olennaisena osana muuta hoitoa. Potilaan kuvaaman kivun arvioinnissa on tarkoitus käyttää apuna ensisijaisesti NRS-mittaria. Kivun aste tulee kysyä asteikolla 0-10 ja potilaan tuntemukset kirjataan tarkasti lomakkeeseen. Potilaalta tulee kysyä myös kivun sijainti ja kuvaus.

Leikkausosastolla laadittujen kriteerien mukaan potilaan kipua tulee hoitaa anestesia­lääkärin ohjeiden mukaan ja tarvittaessa soitetaan lisälääkityksen varmistamiseksi. Nämä on aina kirjattava lomakkeisiin. Lisäksi potilasta hoidetaan asento­hoidoin kivun vähentämiseksi ja potilaalle voi tarvittaessa antaa kylmäpakkauksia, tyynyjä ym.

Kirjaamisen kolmas osa-alue heräämössä on lähtötilanteen kirjaaminen eli lähtöstatus. Heräämölomakkeeseen kirjataan potilaan tila osastolle lähtiessä sekä potilaan NRS. Potilaan kivun tulee olla NRS 3-4 puolen tunnin ajan ennen osastolle siirtymistä ja anestesia­lomakkeen tulee sisältää anestesia­lääkärin kirjaus potilaan kipulääkityksestä. Lisäksi potilaalla ei saa olla pahoinvointia tai pahoinvoinnin on oltava siedettävää. Ennen potilaan siirtoa olisi suositeltavaa verrata potilaan tulo- ja lähtöstatusta toisiinsa. Hotuksen (2012) mukaan potilas on kivun arvioinnin suhteen siirtokelpoinen osastolle silloin, kun kipu on korkeintaan lievää tai hoidettavissa suunnitelluilla kipulääkkeillä.

Heräämön minimikriteeriohjeiston mukaan heräämöhoidajan nimi tulee olla merkittynä anestesia­lomakkeeseen ja hoitajavaihdokset on kirjattava siihen myös tarkasti. Tästä näkee esimerkiksi sen, kuka on hoitanut potilasta ja toteuttanut lääkehoitoa. Potilaalle annetut lääkkeet on kirjattava tarkasti lomakkeisiin, sisältäen lääkkeen nimen, vahvuuden, annetun määrän ja antoreitin. Lomakkeista tulee selvitä potilaan oma ilmaus voinnistaan ja saamastaan hoidosta. Jos potilas on estynyt kertomaan voinnistaan itse, niin hoitaja tekee arvion ja kirjaa sen ylös lomakkeeseen. Lomakkeista tulee saada tieto potilaan hoidon mahdollisista ongelmista, auttamismenetelmistä sekä arvio siitä, onko valituista auttamismenetelmistä ollut apua potilaalle. Heräämöhoidaja, joka aloittaa heräämössä epiduraali-infusion ja/tai antaa boluksia epiduraalikatetriin, kuittaa nimikirjoituksellaan tehdyn toimenpiteen. Heräämölomakkeista on aina selvittävä, kuka lääkkeen on antanut potilaalle.

Kivun hoitotyön laadun varmistaminen on Hotuksen (2013, 21) mukaan tärkeä osa potilaan kivun hoitotyötä. Hoitohenkilökunnalle tulisi järjestää säännöllisesti koulutusta tähän hoitotyön osa-alueeseen liittyen. Lisäksi tulisi kartoittaa säännöllisesti potilaiden omia arvioita ja tyytyväisyyttä saamaansa kivunhoitoon. Moniammatillisuus ja organisointi ovat tärkeitä kivunhoidossa. Hoitohenkilökunnan vastualueet tulisi olla määritelty ja potilaiden kivunhoidon jatkuvuuden tulisi olla kaikin tavoin turvattua.

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on arvioida erään HUS:n sairaalan leikkaus- ja anestesia­yksikön heräämövaiheen kivunhoidon kirjaamisen nykytilaa heräämölomakkeista sekä vuodeosasto- että leikkaukseen kotoa saapuvilta potilailta. Heräämölomakkeet ovat manuaalisesti kirjattuja potilasasiakirjoja.

Tutkimuksella halutaan saada tietoa sairaalan kivunhoidon kirjaamisen nykytilasta heräämössä. Tavoitteena on kehittää heräämövaiheen kirjaamista ja saada lisätietoa heräämövaiheen kirjaamisen kehittämiseksi.

Hirsjärven ym. (2012, 125-126) mukaan tutkimusongelman ja -kysymysten asettaminen sekä muotoileminen ymmärrettävään muotoon on usein vaikeampaa kuin niiden ratkaiseminen. Tutkimuksen ongelmat tulisi muotoilla selkeiksi ja määritellä tarkkaan ennen varsinaisen aineistonkeruun aloittamista. Tutkimuskysymykset osoittautuvat aineiston keruun aloituksen jälkeen joko hyviksi valinnoiksi tai vääriksi ja mahdottomiksi tutkia saadun aineiston avulla. Kanasen (2011, 138) mukaan tutkimusongelma muutetaan tutkimuskysymyksi, joita voi olla yksi tai useita. Tutkimusongelma ei voi olla erillään tutkimuskysymyksistä. Tutkimuskysymykseen etsitään vastauksia aineiston avulla.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Millä tavoin kivunhoidon kirjaaminen toteutuu heräämölomakkeissa ”Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö”-suosituksen osa-alueilla?
- 2) Millä tavoin kivunhoidon kirjaamisessa toteutuu yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys?

Tutkimusmittarin avulla haluttiin selvittää Heräämön kivunhoidon kirjaamisen kattavuus hoitotyön tutkimussäätiön kivunhoidon suosituksen (Hotus 2013) mukaisin osa-alueiden. Tutkimusmittarin kivunhoidon kirjaamisen arvioinnin kriteerit perustuvat kyseiseen suositukseen. Laadullisin tutkimusmenetelmin haluttiin selvittää, millä tavoin anestesiaomakkeisiin kirjaataan kivunhoidon arviointia potilaan näkökulmasta ja kuinka hyvin potilaslähtöisyys sekä yksilöllisyys ilmenevät kirjauksista.

5 Tutkimuksen toteutus

Keväällä 2014 opinnäytetyö alkoi suunnitelman laatimisella. Opinnäytetyön tarkemmista rajoista sovittiin yhteisissä tapaamisissa. Ensimmäinen tapaaminen järjestettiin yhdessä opinnäytetyön työryhmän kesken perjantaina 14.3.2014. Paikalla oli myös toinen Lohjan Laurean sairaanhoitaja opiskelija, joka teki opinnäytetyönsä samasta aiheesta tämän opinnäytetyön kanssa mutta eri potilasryhmälle. Tarkoituksena oli siis tehdä kaksi erillistä opinnäytetyötä. Tapaamisessa sovittiin tämän opinnäytetyön aiheen rajauksesta, aikataulusta ja toteutuksesta kaikkien työryhmän osapuolien kesken.

Tämän opinnäytetyön tutkimus tehtiin erään HUS:n sairaanhoitoalueen sairaalaan leikkaus- ja anestesia yksikön heräämöhön, jossa syksyllä 2014 oli tarkoituksena kartoittaa kivunhoidon kirjaamisen nykytilaa anestesiakaavakkeista heräämövaiheessa sekä vuodeosastolta että kotoa leikkaukseen saapuvilta potilailta. Otokseen kuuluivat vain aikuispotilaat.

Tapaamisissa sovittiin, että taustatietoina potilaasta täytyy tulla opinnäytetyössä esiin potilaan anestesiamuoto sekä ikä ja sukupuoli. Kivunhoidon kirjaamista arvioitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Arviointimittari oli määrä palauttaa alustavaan arviointiin sairaalan opinnäytetyön työryhmän yhteyshenkilöille viikkojen 19- 20 aikana. Tässä vaiheessa tutkimuksen tekemiseen käytettävä mittari tuli olla alustavasti suunniteltu ja sitä muokattiin vielä lisää ennen syksyä 2014, jolloin aloitettiin varsinainen kirjaamisen arviointi potilasasiakirjoista sairaalassa.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen arvioitavan kirjaamisen otos käsittää vuodeosasto- ja leikkopotilaat. Otos valittiin systemaattisella otannalla toukokuun vuoden 2014 heräämöhoidon kirjauksista, käsittäen 50 potilaan potilasasiakirjat. Tiedonkeruu tapahtui sairaalan tiloissa. Opinnäytetyön mittarin teko aloitettiin 9.4.2014, jolloin valmistui ensimmäinen versio kokonpanona mukaillen Kailan ja Kuivalaisen 2012, Kirjaamisen arviointilomaketta sekä Hoitotyön tutkimussäätiön; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyön- suositusta. Mittaria työstettiin eteenpäin Huhti - Toukokuussa 2014, jolloin saatiin käyttöön Kailan & Kuivalaisen uusin kirjaamisen arviointi-mittarin versio vuodelta 2012, jota käytettiin kivunhoidon kirjaamisen arviointi-mittarin pohjana. Hotuksen suosituksen sekä Kaila & Kuivalaisen uuden arviointi-mittarin pohjalta muodostettiin uusia kivunhoidon kirjaamisen arviointi kohtia tulevaan mittariin.

Alustava mittari näytettiin osastonhoitajalle 29.4.2014. Leikkausosaston osastonhoitajan kanssa keskusteltiin mittarin toteutukseen liittyvistä ideoista sekä uusista sisällöllisistä kehittämisideoista. 5.5.2014 pidettiin tapaaminen opinnäytetyön työryhmän osallisten kanssa. Tapaamisessa keskusteltiin arviointi mittarin etenemisestä ja sen muokkauksesta.

Mittaria työstettiin alustavaksi versioksi 9.4-20.5.2014. Mittarista tehtiin opinnäytetyön työryhmän päätöksien ja yhteisten toiveiden sekä lähteiden pohjalta tiivistetty versio Heräämöhön soveltuvaksi. Kesä-syyskuussa mittaria koottiin, muotoiltiin ja tiivistettiin toimivaksi kokonaisuudeksi. Mittarin pohja saatiin valmiiksi syyskuun 2014 alussa ja palautettiin opinnäytetyön työryhmälle arvioitavaksi syyskuun alussa ja ryhmä kokoontui arvioimaan mittaria ja keskustelemaan mittarin teon etenemisestä sekä sen viimeistelemisestä 3.9.2014. Mittari viimeisteltiin ja se valmistui ennen marraskuussa 2014 aloitettavan tutkimuksen tekemistä.

Tutkimuslupa haettiin viikolla 42 ja tutkimuslupa hyväksyttiin viikolla 43. Myös opinnäytetyö ja mittari sekä sen ohjeet jätettiin sairaalan johtoryhmälle hyväksyttäväksi tutkimuslupahakemuksen kanssa samaan aikaan. Kaikki asiakirjat hyväksyttiin.

Tutkimuksen aloittamisesta sovittiin 30.10.2014 sairaalassa pidetyssä tapaamisessa osastonhoitajan kanssa. Tutkimus aloitettiin maanantaina 3.11.2014, jolloin heräämölomakkeista valittiin systemaattisella otannalla 50 potilasasiakirjaa. Sovittiin, että toukokuun 2014 potilasasiakirjoista tehtäisiin otanta, mutta näiden ollessa riittämättömiä, valittaisiin lisäksi huhtikuun 2014 potilasasiakirjoja kuukauden alusta lähtien. Potilasasiakirjojen yhdeksi valintakriteeriksi muodostui myös se, että niiden tuli olla selkeitä ja tekstin tuli olla hyvin näkyvissä. Mikäli otannassa kohdalle sattui heräämölomakkeita, jotka eivät täyttäneet kriteeriä, niin valittiin seuraavana oleva selkeä asiakirja otokseen. Muutoin kaikki asiakirjat valittiin otannassa eteen tulevassa järjestyksessä. Systemaattisen otannan suoritti opinnäytetyön tekijä, jolloin otanta oli puolueeton ja se ei ajanut sairaalan etua vaan tutkimustuloksen ja otannan luotettavuuden toteutumista

Syyskuussa 2014 kivunhoidon kirjaamisen arviointimittari saatiin valmiiksi. Kivunhoidon kirjaamisen arviointi aloitettiin syksyllä 2014 lokakuussa ja arvioinnin oli määrä olla valmis viimeistään joulukuussa 2014, jonka jälkeen saadut tulokset koottiin opinnäytetyöhön. Tuloksien pohdintaan ja jäsentelyyn oli aikaa vuoden 2014 joulukuun 10 päivään saakka, jolloin pidettiin opinnäytetyön julkaisuseminaari. Valmis, viimeistelty työ oli määrä palauttaa viimeistään tammikuun 4. päivänä vuonna 2015. Saadut tulokset oli määrä esitellä sekä työyhteisölle että lisäksi mahdollisesti sairaanhoitoalueelle.

5.1 Tiedonhaku

Tiedonhaku tehtiin huhtikuussa 2014. Tiedonhaku suoritettiin suomenkielisillä hakusanoilla: kipu, kirjaaminen, postoperatiivinen, kivun arviointi ja kirjaus. Tiedonhaku kansainvälisiä tiedonhakuportaaleja hyödyntäen tehtiin englanninkielisillä hakusanoilla: pain, documentation, postoperative, postoperative pain ja perioperative. Hakuun käytettiin 4:ää eri tietokantaa ja Terveysporttia sekä internetin vapaata hakua. Tiedonhaun tuloksena löydettiin 10 englanninkielistä tutkimusta ja 3 suomenkielistä tutkimusta, jotka kaikki liittyivät postoperatiiviseen kipuun tai kivun kirjaamiseen tai kivun arviointiin. Hakujen tuloksia karsittiin vielä, kun niiden sisältö käytiin läpi ennen tähän tutkimukseen liittämistä (Taulukko 1).

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
1.Cinahl + academic/ovid	“perioperative, documentation” “pain, documentation”	2002-2014	-	3 3
2.Laurea’s journals/ovid	“documentation, pain” “postoperative, pain, documentation”	abstracts	66	1 1
3.Medic	“kirj* AND kivun AND perioperat*” “kirj* AND kipu AND perioperat*” ”kirjaaminen”	2004-2014 2004-2014 2004-2014 2007-2014	1 1 312 159	9
4.Melinda	”kirjaaminen”	2005-2014 väitöskirjat	60 12	1
5.Terveysportti	”kipu” ”kivun arviointi” ”kirjaus” ”kirjaaminen”		-	1
6.Vapaa haku	”kirjaaminen”, ”postoperatiivinen”, ”kipu”		-	2

Taulukko 1: Tiedonhaku suomalaisia ja kansainvälisiä tiedonhakuportaaleja hyödyntäen

Tämän opinnäytetyön aiheena oli arvioida kivunhoidon kirjaamista manuaalisesti kirjatusta heräämölomakkeista. Tietoa työhön etsittiin edellä mainittuja tiedonhaku portaaleja hyödyntäen, mutta myös muualta internetistä sekä kirjoista niiden asiasanojen perusteella. Työhön on etsitty tietoa kirjaamiseen, kivunhoitoon, kivun arviointiin, kivunhoitomenetelmiin ja kipuun liittyen sekä myös heräämään, leikkausosaston sairaanhoitajan työhön ja lainsäädäntöön sekä eettisiin asioihin liittyen. Etsittiin tietoa myös tutkimusmenetelmistä, joita tässä työssä hyödynnettiin eli laadullisesta ja määrällisestä tutkimusotteesta sekä lisäksi triangulaatiosta (Kuvio 11).



Kuvio 11: Tiedonhaun kuvio

5.2 Tutkimusmenetelmät

Tämän opinnäytetyön tutkimus tehdään sekä määrällistä että laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimuksessa käytetään siis menetelmätriangulaatiota.

5.2.1 Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus

Tämän opinnäytetyön toisena tutkimusmenetelmänä on käytetty laadullista tutkimusta. Laadullinen tutkimus on Alasuutarin (2011, 31-33) mukaan kvantitatiivisiin menetelmiin rinnastettava sosiaalitutkimuksen metodi. Kvalitatiivinen tutkimus sopii silloin, kun on valmiiksi olemassa oleva tutkimusalue, josta halutaan saada uusi näkökulma tai käsitteen tai teorian merkitys on epäselvä.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2012, 161) määrittävät, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti heidän mukaansa voidaan todeta kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimykseksi paljastaa ja löytää uusia tosiasioita tutkittavasta kohteesta.

Kylmä ja Juvakka (2007, 31) ovat määritelleet kvalitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteiksi myös osallistujien näkökulman ymmärtämisen, tutkimustehtävien tarkentumisen tutkimusprosessin aikana, aineistonkeruun avoimin menetelmin, osallistujien vähäisyyden sekä niiden tarkoituksen mukaisen valinnan, tutkimuksen tekijän aktiivisen osallistumisen ja tiedon kontekstuaalisuuden sekä sen, että aineistona on käytössä merkityksiä ilmentävät sanat. Osallistujia voidaan käsitteenä verrata tässä opinnäytetyössä potilasasiakirjoihin ja kivunhoidon kirjaamiseen. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteeksi on määritelty myös aineiston analyysin lähtökohdan induktiivisuus sekä se, että tutkittavasta aiheesta on vain vähän tutkimustietoa (Kuvio 12). Suomisanakirja (2013) määrittää, että käsite induktiivisuus on ”yksityisestä yleiseen johtava”.

Kvalitatiivisessa analyysissä Alasuutari (2011, 38) määrittää, että aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena. Alasuutarin (2011, 83-85) mukaan on olemassa kaksi mallia. Ensimmäisen mallin mukaan hän määrittää, että teoreettinen viitekehys määrää sen, minkälainen aineisto kannattaa kerätä ja millaista menetelmää sen analysoimisessa käyttää. Toisessa mallissa hän määrittää, että aineiston luonne voi asettaa rajansa sille, millainen tutkimuksen teoreettinen viitekehys voi olla ja millaisia metodeja sen analysoimisessa tulee käyttää. Teoreettinen viitekehys ja valittu analysointi metodi tulee olla sopusoinnussa keskenään, mikä on vaikeaa. Siksi laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää kerätä aineistoa, joka luo pohjan mahdollisimman monenlaiselle tarkastelulle ja erilaisille näkökulmille. Ominaista kvalitatiiviselle aineistolle on, että se on ilmaisullisesti rikasta sisällöltään.



Kuvio 12: Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet
(mukaillen Kylmä & Juvakka 2007, 31; Hirsjärvi 2012, 217)

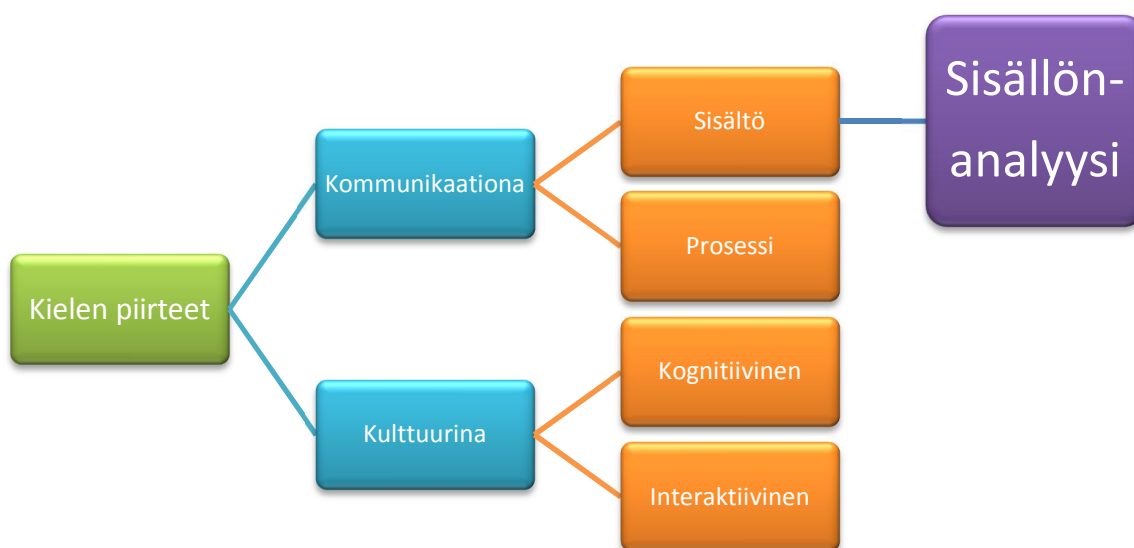
Laadullisessa tutkimuksessa yhtenä aineistonkeruu menetelmänä Tuomen ja Sarajärven (2004, 86) mukaan toimii tutkimusaineistona käytettävä kirjallinen materiaali, jonka yhdeksi osaluokaksi on määritelty yksityiset dokumentit. Yksityisinä dokumentteina tässä opinnäytetyössä toimivat potilasasiakirjat, joista kivunhoidon kirjaamista arvioidaan. Hirsjärven ym. (2012, 217) mukaan viralliset dokumentit voivat toimia aineistona kvalitatiivisessa tutkimuksessa.

Tuomen ja Sarajärven (2004, 86-87) mukaan dokumenttien analysoimisessa voidaan käyttää sisällönanalyysia. Alasuutarin (2011, 39) mukaan laadullisen tutkimuksen tutkimusyksiköiden joukko on pieni ja tilastollinen argumentaatio tapa ei ole mahdollinen tai tarpeen. Laadullisessa tutkimuksessa otos on pienempi verrattuna määrällisen tutkimuksen otokseen (Tuomi & Sarajärvi 2004, 86). Tuomen ja Sarajärven (2004, 86-87) mukaan laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole saada yleistettävää tietoa vaan pyrkiä kuvaamaan tiettyä toimintaa tai antamaan tulkinta jollekin ilmiölle. Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus tutkia kivunhoidon kirjaamista ja saada tietoa erään HUS:n sairaalan heräämön vuodeosasto- ja leikopotilaiden kivunhoidon kirjaamisesta sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen avulla.

Hirsjärven ym. (2012, 180) mukaan tutkija määrittelee tutkimuksen aineistosta perusjoukon eli rajaa aineiston rajauksen avulla tutkittavan aineiston osan. Tästä perusjoukosta on tarkoitus poimia edustava otos. Tämän edustava otoksen tutkimustulosten analysoimisen jälkeen tehdään yleistyksiä koko perusjoukkoon nähden.

Alasuutarin (2011, 32) mukaan laadullinen ja määrällinen analyysi voidaan erottaa toisistaan mutta usein niitä sovelletaan samassa tutkimuksessa ja saman tutkimusaineiston analysoinnissa. Alasuutari (2011, 203) määrittää, että laadullista aineistoa voidaan argumentoida myös määrällisillä suhteilla, kuten prosenttiosuuksilla tai eri tekijöiden välisillä tilastollisilla yhteyksillä. Tämän edellytykseksi tapauksia on vain oltava riittävästi.

Kvalitatiiviset tutkimustyyppit voidaan ryhmitellä neljään eri osaan. Sisällönanalyysi sisältyy ryhmään, jossa tutkimuksen mielenkiinnon kohteena ovat kielenpiirteet (Kuvio 13). (Hirsjärvi ym. 2012, 162.)



Kuvio 13: Kielen piirteet osana kvalitatiivisten tutkimustyyppien ryhmittelyä (mukaillen Hirsjärvi ym. 2012, 166)

Vilkan (2007, 165-169) mukaan sisällönanalyysi on yleisesti aineistojen perusanalyysimenetelmä. Analysoinnissa on perusperiaatteena sisällön erittely, minkä vuoksi on mahdollisuus analysoida aineistoa ja samalla kuvata sen sisältöä. Sisällönanalyysillä saadaan tiivistettyä aineistoa, jolloin siitä saadaan yleistävämpi kuvaus. Lisäksi pystytään esittelemään tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita. Sisällönanalyysin tuloksena syntyy erilaisia käsiteluokituksia.

Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi on yleisempi kuin harvemmin käytetty deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi. Tässä opinnäytetyössä käytetään induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivisen sisällönanalyysin periaatteena on se, että sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tämä on hyvä analysointi menetelmä tämän opinnäytetyön tutkimuksessa, koska induktiivista sisällönanalyysia on suositeltua käyttää sellaisissa aineistoissa, joista ei vielä ole paljoa aiempaa tietoa. Aineiston analysointi etenee vaihevaiheelta pelkistämisestä ryhmittelyyn ja siitä lopuksi abstrahointiin. Valmisteluvaiheessa on päätettävä ensin, miten aineistoa analysoidaan eli mitä analyysiyksiköistä (sanoja/lauseita) käytetään. (Vilkkä 2007, 167-172.)

5.2.2 Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus

Tässä opinnäytetyössä on käytetty myös määrällistä tutkimusta. Vilkan (2007, 13) mukaan määrällinen tutkimus (kvantitatiivinen tutkimus) menetelmänä antaa tutkijalle tietoa yleisen kuvan muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välisistä eroista ja suhteista. Tutkimuksen tuloksena saadaan vastaus kysymyksiin kuinka paljon tai miten usein. Kvantitatiivisessa analyysissa argumentoidaan Alasuutarin (2011, 32) mukaan lukujen sekä lukujen välisten tilastolistien yhteyksien avulla. Lähtökohtana analyysille on taulukkomuodossa oleva aineisto.

Kvantitatiivisen tutkimuksen otos Hirsjärven ym. (2012, 181-182) määräytyy sen pohjalta, että tutkija ei aluksi päättä, miten paljon tapauksia hän ottaa tutkimukseensa. Aineisto on riittävä silloin, kun samoja asioita alkaa toistua dokumenteissa. Tätä tapahtumaa kutsutaan saturaatioksi. Saturaatio tarkoittaa sitä, että tietty määrä aineistoa muodostaa teoreettisesti merkitävän tuloksen tutkimuksen kannalta. Toisin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei voida tehdä yleistyksiä edustavasta otoksesta ja verrata niitä perusjoukkoon.

Otanta voidaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa tehdä Hirsjärven ym. (2012, 180) mukaan monin eri tavoin. Tapoja ovat satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta ja ryväsotanta. Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena käyttää satunnaisotantaa. Hirsjärven ym. (2012, 180-218) mukaan otoskoon vaikuttaa tarkkuustavoite tuloksissa. Sitä suurempi otos on valittava ”mitä tarkemmin otoksen avulla saatujen tulosten halutaan vastaavan perusjoukon lukuja”. Heidän mukaansa, mitä enemmän kerätään aineistoa tutkittavasta aiheesta, sitä lähemmäksi totuutta päästään.

Kanasen (2011, 65-73) mukaan määrällinen tutkimus tarvitsee jo suunnittelua tehtäessä jonkin verran määrällistä tietoa itse ilmiöstä. Perusjoukkoa nimitetään populaatioksi, joka vastaa kysymykseen siitä, ketä ollaan tutkimassa. Perusjoukko on määriteltävä ja rajattava tarkkaan.

Otantatutkimuksissa perusjoukkoa edustaa otos, jonka tarkoitus on antaa tietoa tutkimusta varten ja tätä tutkimustietoa verrataan myöhemmin vastaamaan koko perusjoukkoa. Otos on pieni osa perusjoukosta. Mitä kirjavampia voivat olla muuttujien väliset suhteet perusjoukon sisällä, sen laajempi otos olisi otettava tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Yleensä ajatellaan vain, että mitä laajempi otoskoko sitä luotettavampi tutkimus. Kanasen mukaan luotettavuus ei kuitenkaan kasva suoraviivaisesti. Otoskoko kasvattaa luotettavuutta alussa paljonkin, mutta tietyn rajan jälkeen tarkkuus tutkimuksessa ei enää kasva paljoa. Otoskokoon vaikuttaa myös analyysien tarkkuus. Jos muuttujat voivat saada paljon erilaisia arvoja, vaikuttaa sekin otoskokoon.

Kanasen (2006, 68-71) mukaan on olemassa kahdenlaisia otantamenetelmiä, sekä ei-todennäköisyysotoksia ja todennäköisyysotoksia. Tässä opinnäytetyössä käytettävä otantamenetelmä, systemaattinen otanta, kuuluu todennäköisyysotoksiin. Todennäköisyys otannassa jokaisella perusjoukon yksikössä eli tässä tutkimuksessa potilasasiakirjalla on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi otokseen. Systemaattinen otanta on sopiva esimerkiksi aakosellisesti järjestettyjen perusjoukon yksiköiden poimintaan. Systemaattinen otanta on sopiva otanta menetelmä tämän opinnäytetyön tutkimuksen perusjoukon valintaan, koska heräämölomakkeet on järjestettyinä kuukausittain arkistoihin. Tällaisessa tutkimusotannassa ei perusjoukon järjestyksessä saa olla minkäänlaista periodimaisuutta, koska se vaikuttaisi olennaisesti tutkimuksesta saatuihin tuloksiin.

Vilka (2007, 19) määrittää määrällisen tutkimuksen tarkoitukseksi kartoittamisen, vertailun ja ennustamisen sekä selittämisen ja kuvailun. Tämä tutkimusmenetelmä soveltuu hyvin opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi, koska tutkimuksella haluttiin selvittää kuinka paljon kivunhoitoa oli kirjattu eri potilaiden kohdalla. Määrällisen tutkimusmenetelmän tarkoitus vastaa myös tämän opinnäytetyön tarkoitusta, koska molempien päämäärät ovat samat. Vilkan (2007, 13-14) mukaan määrälliseen tutkimukseen sisältyy myös objektiivisuus eli tutkija itse ei vaikuta saatuihin tutkimustuloksiin. Muuttuja käsitteenä tarkoittaa määrällisessä tutkimuksessa sitä asiaa, josta tutkimuksessa halutaan saada tietoa. Tässä opinnäytetyössä määrällisen tutkimuksen muuttujana on kivunhoidon kirjaaminen. Mittari on tutkimustiedon hankkimisen väline.

Kvantitatiivinen tutkimus on Vilkan (2007, 14) määrittelemänä tutkimustapa, jossa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tutkija voi saada tutkimustiedon numeerisena tai hänen tehtävään on muuttaa laadullinen aineisto numeeriseen muotoon. Tutkijan tehtävänä on tutkita ja selittää kaikki olennainen numeerinen tutkimustieto myös sanallisesti. Tässä opinnäytetyössä tutkija tulkitsee ja arvioi heräämölomakkeista laadullisesta eli sanallisesta muodosta olevaa kivunhoidon kirjaamista, jonka tutkija muuttaa myös numeeriseen muotoon.

Vilkan (2007, 17) mukaan määrällisessä tutkimuksessa on oleellista strukturoida ja mitata tietoa. Myös tutkimusmittarin käyttö, tiedon käsittely ja numeroin esittäminen ovat määrällisen tutkimuksen ominaispiirteitä.

Määrälliselle tutkimukselle on ominaista se, että tutkimusaineiston otos on suuri. Suurempi otos varmistaa tutkimustuloksen luotettavuutta ja sitä, että tulos vastaa yleistä linjaa tutkitavasta asiasta. (Vilka 2007, 17-18.)

5.2.3 Triangulaatio

Triangulaatio tarkoittaa Kylmän ja Juvakan (2007, 17) sekä Kanasen (2011, 124-126) ja Vilkan (2007, 53-56) sekä Kanasen (2008, 39) mukaan sitä, että kahta tai useampaa menetelmää on käytetty yhtä aikaa samassa tutkimuksessa. On lukuisia tilanteita, joissa tarvitaan sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen menetelmiä yhdistettynä. Tällöin voidaan puhua triangulaatiosta. Triangulaatiolla voidaan viitata esimerkiksi siihen, että tutkimuksessa on käytetty kahta tai useampaa aineistonkeruu- tai analyysimenetelmää. Triangulaation ideana on tarkastella tutkimuksen aihealuetta eri näkökulmista tai erilaisilla menetelmillä, jotta voitaisiin muodostaa mahdollisimman kattava kokonaiskäsitys. Triangulaatio on Kanasen (2011, 125) mukaan eräs keino lisätä tutkimuksen luotettavuutta.

Tässä opinnäytetyössä on käytetty kahta erilaista tutkimusotetta, sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista. Kanasen (2011, 125) mukaan kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusotteen yhdistäminen menetelmätriangulaatioksi on yleisimmin käytetty triangulaation muoto. Vilkan (2007, 52-53) mukaan laadullisella tutkimuksella halutaan saada vastauksia kysymyksiin mitä ja miten, kun taas määrällisellä tutkimusmenetelmällä saadaan vastauksia kysymyksiin miten paljon ja miksi. Alasuutarin (2011, 32-212) mukaan kvalitatiivista ja kvantitatiivista analyysiä ei tule pitää toistensa vastakohtina tai toisensa pois sulkevinä analyysimalleina vaan toistensa jatkumona. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen analyysi ovat yhdessä käytettyinä kaksi erilaista keinoa tuottaa laadullisesta aineistosta yhdistettäviä havaintoja.

5.3 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistoksi valitaan 50 potilasasiakirjaa satunnaisotannalla toukokuun 2014 kirjatuisista anestesia-lomakkeista (N = 50). Potilasasiakirjat ovat arkistoituina kansioihin kuukausittain, joten systemaattinen otanta on siksi hyvä menetelmä. Potilasasiakirjoja ovat Heräämön lomakkeet, joista kivunhoidon kirjaamista arvioidaan. Kaikki kirjaaminen tapahtuu Heräämössä manuaalisesti, joten tässä opinnäytetyössä auditoidaan käsin kirjattuja heräämölomakkeita.

Tutkimusaineistosta on tarkoitus saada tietoa kivunhoidon kirjaamisen laadusta ja määrästä heräämöstä. Tutkimusaineistoa analysoidaan laadullisella sisällönanalyysillä sekä tutkijan kehittämän mittarin avulla määrällisesti.

5.4 Tutkimusaineiston valinta systemaattisella otannalla

Sovittiin, että toukokuun 2014 potilasasiakirjoista tehdään otanta, mutta jos ne olisivat olleet riittämättömiä tai kriteerit täyttämättömiä, olisi valittu lisäksi huhtikuun 2014 potilasasiakirjoja kuukauden alusta lähtien. Huhtikuun potilasasiakirjat valittiin toukokuun asiakirjojen jälkeen valittaviksi sen vuoksi, että kesäkuussa osaston toiminta oli poikkeavaa lomien ja supistuksien vuoksi. Potilasasiakirjojen yhdeksi valintakriteeriksi muodostui myös se, että niiden tuli olla selkeitä ja tekstin tuli olla hyvin näkyvissä. Sovittiin, mikäli otannassa kohdalle olisi sattunut heräämölomakkeita, jotka eivät täyttäneet kriteeriä, niin olisi valittu seuraavana oleva selkeä asiakirja otokseen. Muutoin kaikki asiakirjat valittiin otannassa eteen tulevassa järjestyksessä. Systemaattisen otannan suoritti opinnäytetyön tekijä, jolloin otanta oli puolueeton ja se ei ajanut sairaalan etua vaan tutkimustuloksen ja otannan luotettavuuden toteutumista.

Systemaattinen otanta tehtiin sairaalan tiloissa 3.11.2014. Otannassa valittiin joka 4 potilasasiakirja ensimmäisestä asiakirjasta eteenpäin laskettuna. Tutkimuksen helpottamista varten jokaisesta valitusta asiakirjasta otettiin kopio omaan tutkimuskansioon merkintöjen tekemistä varten. Kopioinnissa huomioitiin se, että potilaiden henkilötiedot on peitetty. Kopiot olivat siis kaikki anonyymejä potilasasiakirjoja, joista tutkittiin vain kirjattuja hoitotyön toimintoja. Kopioita tutkittiin ja säilytettiin leikkausosastolla, eikä niitä viety missään tutkimuksen vaiheessa pois leikkausosaston tiloista. Analysointia varten asiakirjat numeroitiin ja niihin liitettiin kansiointi vaiheessa jokaisen väliin taustatietolomake, jotka numeroitiin asiakirjoja vastaaviksi. Tarkoituksena oli näin helpottaa tutkimuksen tekemistä ja analysointia sekä varmistaa se, etteivät asiakirjat ja taustatietolomakkeet menneet sekaisin tutkimuksen tekemisen aikana. Kansiointi helpotti myös sitä, että tutkittavat asiakirjat olivat kaikki yhdessä, samassa kansiossa, eikä niitä tarvinnut uudelleen etsiä, kun tarvitsi myöhemmin tarkastella uudelleen asiakirjojen tiettyjä kohtia tuloksien kirjaamisvaiheessa. Potilasasiakirjojen kopiot oli määrä hävittää heti tutkimustulosten valmistuttua sairaalan tiloissa tietosuojajätteisiin. Alkuperäiset asiakirjat palautettiin ja säilytettiin heti kopioinnin jälkeen niille varatuissa tiloissa asianmukaisesti.

5.5 Tutkimusmittari ja sen ohjeet

Tutkimusmittarin hahmottelu aloitettiin keväällä 2014 perehtymällä kivunhoitoa käsitteleviin suosituksiin ja teksteihin. Mittarista haluttiin tehdä kattava, jotta sitä voitaisiin mahdollisimman hyvin hyödyntää tutkimusta tehdessä ja jotta tutkimuksen luotettavuus olisi mahdollisimman suuri.

Mittaria alettiin kehittää Hoitotyön tutkimussäätiön vuoden 2013 julkaisua Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö sekä Kaila ja Kuivalaisen vuoden 2012 Kirjaamisen arviointilomakkeen pohjalta. Suosituksesta saatiin sisältö ja tutkimusmittarin aiheet kun taas Kirjaamisen arviointilomakkeesta saatiin taulukkopohjaa uudelle mittarille. Kailalta ja Kuivalaiselta on saatu lupa käyttää heidän luomaansa kirjaamisen arviointimittaria pohjana tässä opinnäytetyössä käytettävän uuden mittarin luomiselle.

Mittarin ensimmäiset valmiit luonnokset olivat valmiit 2014 toukokuun lopussa ja mittarista keskusteltiin yhdessä koko työryhmän kesken. Tarkoituksena oli muokata mittaria lopulliseen muotoonsa, jotta 2014 lokakuussa voitiin aloittaa aineiston käsittely ja analysointi valmista mittaria hyödyntäen. Kesä-syyskuu käytettiin mittarin aihealueiden ja sisällön tiivistämiseksi sekä mittaripohjan luomiselle. Syyskuussa työryhmä kokoontui arvioimaan mittaria ja mittarin viimeistelyä jatketaan lokakuuhun 2014 asti, jolloin aletaan suorittamaan tutkimusosiota luodun mittarin avulla.

Mittarilla on tarkoitus tutkia Heräämön kivunhoidon kirjaamista ja sen tasoa. Mittarissa on yhteensä 18 kohtaa, jotka kukin kuvaavat keskeisimpiä asioita, joiden tulisi kivunhoidon kirjaamisessa täyttyä. Jokaisesta heräämölomakkeesta on tarkoitus arvioida kohdat 1-18. Heräämölomakkeiden kirjausta pisteytetään ohjeiden kriteereiden avulla mittariin. Kivunhoidon kirjaaminen on siis parasta mahdollista, kun lomake saa 18 pistettä eli kaikki kohdat täyttyvät. Mittarin käyttämiseksi on tehty käyttöohjeet, jotta mittarin käyttö on yhteneväistä ja sillä saatuja tutkimustuloksia voi vertailla luotettavammin keskenään. Mittarin kriteerit täyttyvät kyllä-ei-tekniikalla ja kyllä kohdista saa aina 1 pisteen. Mittarin ohjeissa on tarkoin määritelty, minkälaiset kirjaamisen kriteerit tulee kivunhoidon kohdalla täyttyä, jotta niistä saa 1 pisteen (Liite 2).

Arviointilomakkeen avulla tarkastellaan, onko kipu kirjattu heti potilaan saapuessa heräämöhön, onko kirjattu potilaan oma arvio kivusta, onko kipukäyttäytymistä arvioitu ja onko kipumittari valittu sekä onko valittua kipumittaria käytetty koko potilaan heräämössä oloajan. Lisäksi arvioidaan onko kivun arviointia kirjattu säännöllisesti, onko kivun laatu, sijainti ja annettu lääke kirjattu. Arvioidaan myös, onko lääkkeen antoajankohta, antoreitti ja lääkkeen antaja kirjattu lomakkeeseen.

Kirjauksista arvioidaan myös, onko lääkehoidon vaikutuksia kirjattu, onko muuta, ei-lääkkeellistä kivunhoitoa kirjattu ja onko niiden vaikuttavuutta arvioitu ja onko se kirjattu. Tarkastellaan myös, onko kivunhoidossa lähtöstatus kirjattu eli onko kirjattu potilaan oma arvio ja NRS ennen heräämöstä poistumista. NRS tulee olla aina merkittynä numeerisesti 0-10, muut merkintätavat eivät ole hyväksyttyjä. (Liite 1)(Kuvio 14)

Aihealue	Kivunhoidon kirjaamisen arviointikohde
Tausta	1. Potilaan sairaudet
	2. Tehty toimenpide
Tulostatus	3. Kipu osastolle tullessa
Arvio kivusta	4. Potilaan oma arvio kivusta
	5. Kipukäyttäytyminen
	6. Kipumittarin valinta
	7. Valitun kipumittarin käyttö
	8. Kivun arvioinnin säännöllisyys
Kipu	9. Kivun laatu
	10. Kivun sijainti
Lääkehoito	11. Annettu lääke (nimi ja määrä)
	12. Lääkkeen antoajankohta
	13. Lääkkeen antoreitti
	14. Lääkkeen antaja
Vaikutus	15. Lääkehoidon vaikutukset
Menetelmät	16. Ei-lääkkeellisen kivunhoidon käyttö
Vaikutus	17. Ei-lääkkeellisen kivunhoidon vaikuttavuus
Lähtöstatus	18. Kivunhoidon tulokset (NRS+potilaan tila)

Kuvio 14: Kivunhoidon kirjaamisen arviointi-mittarin aihe-alueet ja arviointikohteet

Mittarin täyttämiseksi ja heräämölomakkeiden kivunhoidon kirjaamisen arvioimiseksi on tehty kriteerit, joiden mukaan kirjaamista pisteytetään joko 1p eli 1 piste tai 0p eli 0 pistettä. Ensimmäinen ja toinen arviointikohde eli potilaan sairaudet ja tehty toimenpide löytyvät Anestesia A1-kaavakkeelta, jota täytetään pre- ja intraoperatiivisessa vaiheessa. Potilaan sairaudet kohdasta saa 1 pisteen, kun se on kirjattu sille varattuun kohtaan selkeästi tai kohdassa on jokin muu merkintä. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi ”-”-merkintää tai, että kohtaan on kirjoitettu ”terve”, ”perusterve” jne. Mikäli potilaan sairauksia ei ole kirjattu tai sille varattu kohta on tyhjä, saa siitä 0 pistettä. Tehty toimenpide tulee olla kirjattuna sille varattuun kohtaan, jotta siitä saa 1 pisteen. Mikäli siihen on kirjattu vain toimenpide numero tai ei mitään, saa kohdasta 0 pistettä.

Ohjeiden 3-18 kohtien kirjaukset tulisi löytyä puolestaan heräämölomakkeelta. Kipu heräämööseen tullessa eli tulostatus täytyy olla kirjattu heti potilaan saapuessa heräämööseen. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan kipu on kirjattu joko sanallisesti tai NRS. Jos potilaan omaa kipuarviota ei ole, saa kohdasta 0 pistettä. Potilaan oma arvio kivusta tulisi olla kirjattuna aina kipua kirjattaessa tai tulee olla kirjattuna, ettei potilas pysty antamaan omaa kipuarviotaan. Potilaan oma kipuarvio tulee olla kirjattuna siten, että kertoma on lainausmerkeissä tai on kirjattu ”sanoo”, ”kertoo” jne. Jos 4 kohdasta saa 1 pisteen niin 5 kohdasta saa myös 1 pisteen, koska joko on potilaan omin sanoin kerrottu kipu tai sitten on arvioitu potilaan kipukäyttäytymistä tilanteissa, joissa potilas ei voi antaa omaa arviota kivustaan.

Kipukäyttäytymistä eli ilmeitä, eleitä yms. arvioidaan vain, jos 4 kohdasta saa 0 pistettä. Ohjeissa onkin määritelty, että ”jos 4 kohdasta saa 0p->tarkista kuitenkin 5 kohta”. Lisäksi on ohjeisiin määritelty, että ”jos 5 kohdasta saa 1p niin myös 4 kohdasta saa 1p”. Arvioidaan siis ensin, onko potilaan oma kipuarvio kirjattu ohjeiden mukaan, jos saa 1 pisteen niin kipukäyttäytymisestäkin saa 1 pisteen, koska silloin sitä ei ole tarvinnut arvioida erikseen. Jos potilaan oma kipu arvio ei näy kirjauksista, tarkistetaan kuitenkin, onko potilaan kipukäyttäytymistä arvioitu. Jos 5 kohdasta saa 1 pisteen vaikka 4 kohdasta on saanut 0 pistettä, niin 5 kohdan 1 piste muuttaa 4 kohdankin pisteelliseksi ja toisinpäin.

Kipumittarin valinta tulisi olla kirjattuna heräämölomakkeeseen. 1 pisteen saa jos kipumittarin on valittu, eli siitä on jokin muukin merkintä kun vain ”NRS lähtiessä”-kohdassa. Jos kipumittaria ei ole valittu eikä sitä ole kirjattu heräämölomakkeeseen, saa 0 pistettä. Kipumittarin käyttö arvioidaan myös. Valitun kipumittarin käytöstä saa 1 pisteen, jos sitä on käytetty sekä tulo- että lähtöstatuksessa ja heräämössä oloaikana sen avulla on arvioitu kipua vähintään 30 minuutin välein. Jos jokin näistä 3 kriteeristä ei täyty, ei saa pistettä. Poikkeuksena ovat epiduraalipuudutuksessa olevat potilaat, joilla on erikseen epiduraalikaavake, johon kipumittarin valinta ja sen käyttö kirjataan. Jos potilas on saanut epiduraalipuudutuksen, saa hän automaattisesti kipumittarin valinta ja sekä käyttö kohdista 1 pisteen molemmista.

Kivun arvioinnin kirjaamisen tulisi olla myös säännöllistä eli enintään 30 minuutin välein tapahtuvaa. Jos kipua on kirjattu säännöllisesti eli korkeintaan 30 minuutin välein, saa 1 pisteen. Jos kirjauksista ilmenee, että kipua on arvioitu yli 30 minuutin välein, ei saa pistettä. On määritelty ohjeissa, että ”jos 8 kohdasta saa 0p, niin 9 kohdasta ja 10 kohdasta saa myös 0p”. Tämä sen takia, jos kivun kirjaaminen ei ole ollut säännöllistä niin sitä ei ole myöskään siinä tapauksessa kysytty potilaalta säännöllisesti eli ei ole voitu edes tietää ja kirjata potilaan kivun laatua tai sijaintia. Arviointikohteena ovat kivun laatu ja sijainti.

Kivun laatu tulee olla kirjattuna kuvaillen, millaista potilaan kipu on ja sen lisäksi tulee olla kirjattuna kivun sijainti. Nämä kaksi asiaa tulee olla kirjattuna aina kun potilaalla on kirjattu olevan kipua. Jos potilaan kipua on kirjattu säännöllisesti ja siitä saa 1 pisteen niin arvioidaan myös sijainti ja laatu. Näistä kahdesta saa 1 pisteen myös silloin, jos potilas on ollut kivuton. Eli jos potilaan kipua on kirjattu alle 30 min välein ja hänellä ei ole ollut kipuja, saa 8-, 9- ja 10 kohdista kaikista 1p.

11 kohdassa arvioidaan lääkehoidon kirjaamista eli tulisi olla kirjattuna annetun lääkkeen nimi ja määrä. Lääke ja annettu määrä tulee olla kirjattuna jokaisella lääkkeen antokerralla selkeästi, jotta saa 1 pisteen. Mikäli jokin osa-alue puuttuu yhdenkin lääkkeen merkinnästä, niin saa 0 pistettä. Lisäksi arvioidaan lääkkeen annon ajankohtaa. Lääkkeen anto tulee olla kirjattuna selkeästi, jotta tietää tarkalleen, mihin aikaan potilas on saanut lääkettä. Jos ajankohta on epäselvä tai sitä ei ole merkitty, kohdasta ei saa pistettä. Lisäksi arvioidaan myös lääkkeen antoreitin kirjaamista. Tulisi olla kirjattuna jokaisen lääkkeen kohdalla antoreitti, jotta saa 1 pisteen. Mikäli jonkin lääkkeen annon yhteydestä puuttuu antotapa, ei siitä saa pistettä.

Arvioidaan kirjauksista myös lääkkeen vaikutusten seuranta kivunhoidon aikana. Kriteereinä on määritelty ”I.V 5 minuutin aikana/I.M 15 minuutin aikana/P.O 30 minuutin aikana”, mikä tarkoittaa sitä aikaa, kuinka kauan antotavasta riippuen saa maksimissaan kestää se, että lääkkeen vaikutuksia on seurattu ja kysytty potilaalta ja ne näkyvät kirjauksina. Jos yhdenkin lääkkeen vaikutuksen seuranta puuttuu lääkkeen annon jälkeen tai ne ylittävät antotavasta riippuen aikarajat, saa kohdasta 0 pistettä. Tulee siis olla kirjattuna uusi kipuarvio lääkkeen annon jälkeen vapaalla tekstillä tai NRS arviona. Kohdasta saa 0 pistettä myös silloin, jos ei ole kirjattu jokaisen lääkkeen yhteydessä antotapaa, koska silloin lääkkeen vaikutuksen seuranta ja kirjauksia ei voida arvioida.

Muiden ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käyttö tulisi olla kirjattuna aina, jos potilaalla on kipua kerrankin heräämössä olon aikana. Jos kivunhoitomenetelmän käyttö on kirjattu tai on kirjattu, miksi niitä ei ole käytetty, saa 1 pisteen. Lisäksi saa 1 pisteen, jos potilas on ollut kivuton koko heräämössä olon ajan. Jos potilaalla on ollut kipuja heräämössä olo aikana, mutta ei ole kirjausta ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä, saa kohdasta 0 pistettä. Ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä ovat muun muassa asentohoito ja kylmä, koho sekä kompressio. Ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käyttöä tulisi myös arvioida samalla tavoin, kun lääkkeellisiä menetelmiä. Heräämölomakkeista arvioidaan siis myös, onko käytettyjä ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä arvioitu niiden käytön jälkeen, josta saa 1 pisteen, jos niiden vaikuttavuutta on arvioitu potilaan ollessa kipeä heräämössä olo aikana.

Jos kolmannella rivillä ylhäältä päin tarkasteltuna on numero 1, tarkoittaa se sitä, että vain yhteen lomakkeeseen 25:stä on kirjattu sen rivin aihe-alue. Esimerkiksi kolmannella rivillä ylhäältä päin laskettuna on pisteytetty sitä, onko tulostatus kirjattu heti potilaan saapuessa heräämööseen eli onko kirjattu potilaan kertoma lainausmerkein tai kirjattu ”potilas sanoo, ker- too, jne”. Jos on kirjattu, niin kirjauksesta on merkitty lomakkeen numeron kohdalle 1 piste. Jos tästä kohdasta ei ole saanut pistettä, niin ruutu on tyhjä tai siihen on merkitty 0 pistettä. Kun kaikista 25 heräämölomakkeesta on merkitty piste tai nolla/tyhjä ruutu taulukkoon, niin mittari laskee koneella tehtäessä automaattisesti vaaka- ja pystyrivien pistemäärän vaalean- siniselle ja keltaiselle summa riville sekä oikeaan reunaan että alareunaan (Kuvio 15).

Keskiarvon mittari määrittää tietokoneella mittaria täydennettäessä myös automaattisesti. Se laskee vaakarivien summan ja jakaa sen heräämölomakkeiden määrällä eli 25 automaattisesti. Keskiarvoihin pohjautuen mittari määrittää automaattisesti myös kirjaamisen toteutumisen ja sen tason (Kuvio 15).

Mittari ilmoittaa keskiarvojen mukaan lasketun tuloksen mittarin alapuolella sijaitsevaan ”TULOS:”-kohtaan. Ennen mittarin käyttöä tai sen täydentämistä alapuolella lukee ”TULOS ei hyväksyttävä taso”. Tämä johtuu siitä, että mittarissa ei ole ennen sen käytön aloittamista mitään numeerisia arvoja, eli kaikki kohdat ovat nolliissa vielä siinä vaiheessa (Kuvio 16).

TULOS:	ei hyväksyttävä taso
--------	----------------------

Kuvio 16: Kivunhoidon kirjaamisen tulos

Kun mittariin aletaan merkitsemään kirjausten toteutumista pystyrivi kerrallaan, alkaa mittari laskea sekä pysty- että vaakarivien summia yhteen ja laskee samalla keskiarvon, joka vaikuttaa sanallisen tuloksen saamiseen. Kun pisteitä on niin paljon, että mittarin keskiarvoihin pohjautuva luku, joka näkyy harmaassa ruudussa mittarin vasemmassa alareunassa, ylittää arvon 5,99 niin muuttuu automaattisesti sanallinen arvio eli kirjaamisen taso. Sanallinen arvio kirjaamisen tasosta ”Tulos”-kohdassa on sitä parempi, mitä enemmän pisteitä lomakkeeseen on merkitty eli mitä paremmin kirjaamisen eri aihealueet ovat toteutuneet jokaisessa 25 lomakkeessa. Eli kun arvo on yli 5,99 eli 6,00-9,95 niin kirjaamisen taso on silloin heikkoa. Kun kirjaamisesta saa pisteitä enemmän ja keskiarvoihin perustuva luku kasvaa 9,96-13,91, niin kirjaamisen taso on hyvä. Kun arvo menee yli 13,91 eli on välillä 13,92-18,00, niin kirjaamisen taso on kiitettävää (Kuvio 17).

Tuloksen arviointi	Asteikko
Ei hyväksyttävä taso	0,00-5,99
Heikko taso	6,00-9,95
Hyvä taso	9,96-13,91
Kiitettävä taso	13,92-18,00

Kuvio 17: Kivunhoidon kirjaamisen tuloksen arvioinnin asteikot

Yhdestä heräämölomakkeesta saatava maksimipistemäärä on 18, eli vaaka- ja pystyrivien summat ovat maksimissaan 18. Kun on arvioitu kaikkien 25 heräämölomakkeen kivunhoidon kirjaukset ja ne on pisteytetty mittariin, antaa mittari keskiarvot jokaisen aihealueen kirjauksesta vaakariville oikeaan reunaan harmaisiin lokeroihin.

Keskiarvoa kuvaa pystyrivi, jossa merkintä ”ka” ja sen on väriltään harmaa. Keskiarvoista voidaan tulkita, sitä kuinka monta % on kirjannut eri aihealueita 25 potilaan kohdalla. Esimerkiksi jos kolmannella rivillä ylhäältä päin on luku 1, tarkoittaa se sitä, että kaikki 25 ovat kirjanneet kyseisen arviointikohteen eli 100 % kirjattu. Jos rivillä on luku 0,76, tarkoittaa se sitä, että 76 % on kirjannut kyseisen aihealueen. Luku 0,08 tarkoittaa 8 % kirjanneen arviointikohteen. Jos rivillä on 0, tarkoittaa se, ettei arviointikohdetta ollut kirjattu yhteenkään 25 heräämölomakkeesta.

5.6 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineiston käsittely tapahtuu lokakuussa 2014 erään HUS:n sairaalan tiloissa. Aineiston käsittely aloitetaan satunnaisotannalla, jossa valitaan 50 (N = 50) potilasasiakirjaa toukokuussa 2014 kirjatuihin heräämölomakkeista. Valitut heräämölomakkeet käydään läpi ja tehdyn tutkimusmittarin avulla voidaan tutkia heräämön kivunhoidon kirjaamisen tasoa. Aineiston käsittelyssä on tarkoitus tutkia sekä määrällistä että laadullista kirjaamista.

Tarkoituksena on suorittaa laadullinen tutkimusosio sisällönanalyysin avulla, jolloin käytetään yksityisestä yleiseen etenevää induktiivista sisällönanalyysiä. Aineistosta on tarkoitus kerätä siinä ilmeneviä käsitteitä, joista muodostetaan yläluokkia aineiston analysoimiseksi.

Määrällinen tutkimusosio suoritetaan tehdyn mittarin avulla. Aineistosta saadaan tulkittua tiettyjen kivunhoidon kirjaamiseen liittyvien aihealueiden kirjaamisen kattavuutta ja tasoa.

3.11.2014 suoritetun systemaattisen otannan jälkeen aloitettiin tutkimus valituista heräämölomakkeista. Valitut asiakirjat numeroitiin 1-50 ja ne käydään läpi yksitellen viikoilla 45-47. Ensin tehtiin määrällinen tutkimus, joka aloitettiin 4.11.2014. Tutkimuksessa tarkasteltiin ensimmäisestä asiakirjasta eteenpäin järjestyksessä yksitellen asiakirjojen kirjaamista ja niiden sisältöä. 4.11.2014 täytettiin kaikkien 50 lomakkeen taustatiedot. Taustatiedot etsittiin pre- ja intraoperatiivisessa vaiheessa täydennetyistä anestesia-lomakkeista, joista tutkimusta varten merkittiin taustatietolomakkeeseen potilaan diagnoosi, ikä ja sukupuoli ja käytetty anestesiamuoto. Tutkimusta varten anestesia-lomakkeista tutkittiin myös, miten lomakkeeseen on kirjattu potilaalle tehty toimenpide ja hänen sairautensa. Mittarin ohjeiden mukaan sairauksien kirjaamisesta saa yhden pisteen, jos oli merkitty sairaudet tai kohdassa oli jokin muu merkintä, kuten ”terve” tai ”perusterve” tai pelkkä viiva, joka osoitti, että kohta oli huomioitu. Op kohdasta sai, jos sairaudet kohdassa ei ollut mitään merkintää eikä kirjattuja sairauksia. Tehdyn toimenpiteen kohdalla tuli olla merkittynä tehty toimenpide, josta sai 1 pisteen. 0 pistettä sai, jos kohtaan oli merkitty vain pelkkä toimenpide numero tai ei mitään.

4.11.2014 käytiin läpi myös mittarin loput kohdat lomakkeista alustavasti. 6.11.2014 Ohjeita muutettiin tarkentavimmiksi ja rajattiin juuri kivunhoidon kirjaamisen arviointia varten. Ohjeista saatiin paremmin kivunhoidon kirjaamista arvioivat pienten muutosten jälkeen ja näin ollen kirjaamisen arviointi tulee olemaan paremmin yhtenäistä eri ihmisten tekemänä jatkossa. Ohjeista muutettiin 4 kohta, 5 kohta ja 8 kohta sekä 15 kohta lisäämällä niihin tarkennuksia. Lisäys 4 kohtaan oli: ” Jos 4 kohdasta saa 1p niin myös 5 kohdasta saa 1p” ja ”Jos 4 kohdasta saa Op->tarkista kuitenkin 5 kohta” ja 5 kohtaan: Jos 5 kohdasta saa 1p niin myös 4 kohdasta saa 1p”. Lisättiin kriteeri ”Jos 8 kohdasta saa Op, niin 9 kohdasta ja 10 kohdasta saa myös Op”. 15 kohtaan laitettiin lisäkriteeriksi se, että jokaisen lääkkeen annon jälkeen tulee I.V lääkkeessä olla arvio lääkkeen vaikutuksesta korkeintaan 5 minuutin kuluttua, I.M lääkkeissä korkeintaan 15 minuutin kuluttua ja P.O lääkkeissä korkeintaan puolen tunnin kuluttua. Lisäksi lomakkeen alkuun laitettiin koko arviointia koskeva kriteeri, mikä määrittää sen, että kaikki NRS arviot tulee olla kirjattuna numeerisesti eli esim. ”-”-merkintä ei täytä kriteeriä. Taustatietolomakkeet oli kerätty 3.11.2014 ja koska kohtia 1 ja 2 ei ole tämän jälkeen muutettu kivunhoidon kirjaamisen arvioinnin ohjeiden osalta, niin taustatietolomakkeita ei tarvinnut täyttää uudelleen, koska se ei olisi muuttanut tutkimustulosta mitenkään.

Ohjeisiin 6.11.2014 tehtyjen muutosten jälkeen päätettiin, että aiemmin 3.-4.11.2014 toteutettu kirjaamisen arviointi ja tutkimuksen aloittaminen muodosti testiryhmän, jossa kokeiltiin siis mittarin ja sen ohjeiden toimivuutta ja tehtiin vielä muutoksia kivunhoidon kirjaamisen arvioinnin kriteereihin. Tärkeä kriteeri on: se, mitä ei ole kirjattu ei ole tehty! Näin on määritelty myös Heräämön kirjaamiskriteereissä.

Tutkimus aloitettiin uudelleen 6.11.2014 samoja toimintatapoja noudattaen, mitä testiryhmän kanssa oli siihen mennessä tehty. Lomakkeet 1-10 ehdittiin käydä alustavasti läpi ja merkitä kopioituihin heräämölomakkeisiin kirjaamisen arvioinnin ohjeiden kohdat 1-18. Etsittiin siis yksitellen jokaisesta heräämölomakkeesta kivunhoidon kirjaamisen arvioimiseksi ja pisteyttämiseksi kohdat, joita arvioidaan tutkimusmittarin täyttämiseksi ja kivunhoidon kirjaamisen kriteereiden pisteyttämiseksi.

7.11.2014 käytiin loput heräämölomakkeet (11-50) läpi samalla tavoin kun 6.11.2014 oli aloitettu. Osastohoitajan kanssa tavattiin ja käytiin läpi mittarin ohjeisiin tehdyt kriteerien muutokset. Nämä hyväksyttiin ja opinnäytetyötä jatkettiin siitä, mihin asti oli päästy. 7.11.2014 päivän päätteeksi oli käyty läpi siis kaikki 50 heräämölomaketta ja niihin oli yliviivattu huomiotussilla alustavasti kaikki kivunhoitoon liittyvät kirjaukset. Alleviivaukset tehtiin vapaasti ilman kriteerien seuraamista ja niitä ei vielä sen tarkemmin käyty läpi tai analysoitu. Huomiotussilla tehtyjen yliviivauksien yhteyteen merkittiin myös kriteerien 1-18 kohtia ohjeiden mukaan, jos ne löytyivät suoraan kirjauksista. Esimerkiksi jos oli kirjattu selkeästi NRS tai potilaan kivun arvio tulostatukseen niin kirjaukset yliviivattiin huomiotussilla ja niiden viereen merkittiin numero 3. Tämä helpotti myöhemmin aloitettavaa tarkempaa analyysiä kirjauksista, koska muistiinpanojen avulla saatiin suoraan vastaus kriteerien täyttymiselle ja näin 1p tai 0p oli helpompi merkitä mittariin.

10.11.2014 aloitettiin varsinainen tarkka heräämölomakkeiden analysoiminen. Silloin ehdittiin käydä uudelleen läpi lomakkeet 1-32 yksi kerrallaan lomakkeesta nro. 1 aloittaen. Taustatietolomakkeen toiselle puolelle tehtiin tarkkoja merkintöjä heräämöhoitolomakkeen kirjauksista kivunhoitoon liittyen, jotta tietoja pystyi myöhemmin analysoimaan helpommin näiden huomioiden ja muistiinpanojen pohjalta. Lomakkeiden tiedot kirjattiin kriteerien mukaan numeroilla 1-18 ja kirjattiin ylös toteutuvatko ne, saaden 1p vai eivätkö ne toteudu, saaden 0p mittarin ohjeiden mukaan. Jokaisen pisteytyksen perään kirjoitettiin tarkasti lääkehoidon ja kivunhoidon kirjauksista ilmenevä toteutuminen sekä kirjaaminen aikataulullisesti, jotta jokaiselle pisteytykselle saatiin peruste. Tehtiin tarkka analyysi lääkkeenannon ajankohdista kirjausten perusteella ja niitä verrattiin keskenään kirjauksiin, jotka olivat vapaatekstiä lääkehoidosta, kivun arvioinnista ja sen hoidosta. Vertailtiin esimerkiksi lääkkeen annon ja kivun arvioinnin välistä aikaa, jolloin muistiinpanoihin merkittiin annettu lääke, antotapa ja kelen aika ja sitä verrattiin seuraavan kipuarvion ajankohtaan. Pisteytys riippuu siitä, mikä on lääkkeen antotapa ja kuinka pitkä väli lääkkeen antamisesta on ennen kipuarvion kirjaamista.

Pisteytykselle tehtyjä tarkkoja perusteluja hyödynnettiin myöhemmin, kun tuloksia alettiin kirjoittaa tutkimus raporttiin. Näin ollen tutkimukseen saatiin tarkkoja tietoja niin ajallisesti kuin potilaskohtaisestikin. Jokaisen heräämölomakkeen perusteellisen läpi käynnin ja huomioiden merkitsemisen jälkeen kirjattiin yksitellen 1-18 kohdat mittariin. Kun oli siis tehty 1 heräämölomakkeen merkinnät taustatietolomakkeen toiselle puolelle ja arvioitu tarkasti kirjauksista osioiden 1-18 pisteytys, niin tiedot merkittiin mittariin lomakkeen nro.1 kohdalle. Mittariin kirjattiin kaikki 1p ja 0p saaneet kohdat. Tämän jälkeen siirryttiin vasta arvioimaan heräämölomaketta nro. 2.

Aina ennen lomakkeen arvioimista tarkistettiin vielä, että taustatietolomakkeen ja heräämölomakkeen numeroinnin vastaavat toisiaan. Lisäksi jokaisella kerralla taustatietolomakkeeseen tehdyn pisteytyksen ja perustelujen jälkeen lomakkeen kirjaukset ja pisteytys vielä tarkistettiin ja varmistettiin, että ne vastaavat toisiaan. Ennen seuraavaan lomakkeeseen siirtymistä käytiin vielä läpi taustatietolomakkeeseen ja mittariin merkityt pisteet, että ne ovat oikeilla riveillä ja vastaavat toisiaan. Tämä varmistettiin vielä laskemalla yhteen taustatietolomakkeessa olevat pisteet ja niitä verrattiin mittarin antamaan yhteispistemäärä lukemaan, mikä ilmestyy automaattisesti lomakerivin alapuolelle mittariin summariville. 10.11.2014 mittarin taulukko siis täyttyi nro. 1-32 osioiden kohdalta.

11.11.2014 käytiin läpi loput heräämölomakkeet (nro. 33-50) samalla tavalla kun aiemmat edellisenä päivänä. Kaikkien heräämölomakkeiden läpi käymisen myötä molemmat mittarin täyttyivät ja niistä saatiin kaksi kirjaamisen arvioita heräämölomakkeen kirjaamisen ja pisteiden pohjalta, minkä mittari laskee siis automaattisesti sitä täydennettäessä. Kun kaikki asiakirjat oli saatu käytyä läpi kaikilta 18:ta kohdalta, ne vielä tarkistettiin ja varmistettiin, että jokainen merkintä muistiinpanoissa oli kirjattu oikein 1-18 kohtiin mittareihin. Tarkistettiin myös, että lomakkeiden numeroinnit vastasivat numerointia mittarissa. Tällä varmistetaan se, etteivät asiakirjat mene sekaisin ja jotta myöhemmin heräämölomakkeista lisätietoa tarvittaessa ei tulkita vahingossa väärää asiakirjoja keskenään vaan numeroinnin ja tutkitut kohdat pitävät paikkansa jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Tämän jälkeen kaikki taustatietolomakkeet taustatietoineen ja muistiinpanoineen eriteltiin heräämölomakkeiden seasta omaan kansioon numerojärjestyksessä. Kansiointi helpottaa taustatietolomakkeiden tarkastelua ja analysointia sekä tulosten kirjoittamista, eikä näin ollen tutkijan tarvitse olla sairaalalla, vaan analysoinnin voi tehdä sairaalan ulkopuolella rikkomatta kuitenkaan mitään vaitiolo- tai salassapitosopimusta koska omat muistiinpanot ovat anonyymeja ja täysin irrallista tietoa tutkituihin potilaspapereihin nähden.

Mittareita tarvittiin tutkimukseen kaksi, koska yhdelle mittarille mahtui 25 heräämölomakkeen kirjaamisen arviointi. Mittarit nimettiin tietokoneelle ”Mittari lomake 1” ja ”Mittari lomake 2”, koska 1-25 numeroidut lomakkeet mahtuvat Mittarin 1 lomakkeelle ja loput 26-50 numeroidut laitetaan mittarin 2 lomakkeelle. 11.11.2014 kaikki heräämölomakkeet oli käyty yksitellen läpi ja ne oli pisteytetty 2 eri mittariin jokainen omalle pystyrivilleen 1-18 kohdat arvioituina ja näin mittarista saatiin valmis alustava tulos, minkä tasoista kirjaaminen on. Mittari ilmoittaa automaattisesti tulokset sen mukaan, kuinka paljon pisteitä kirjaamisen eri osat alueet ovat yhteensä saaneet. Mittari antaa valmiin tuloksen ”TULOS” kohtaan mittarin alapuolelle.

12.11.2014 aloitettiin laadullisen tutkimusosion aineiston kerääminen. Tällöin tehtiin muistiinpanot kaikista 50 heräämölomakkeesta. Muistiinpanoihin ja aineistonkeräämiseen otettiin mukaan kaikki kivunhoitoon liittyvät vapaasti kirjatut tekstiosiot heräämölomakkeista. Nämä kirjattiin ylös myöhempää analysointia varten erillisille tyhjille papereille. Kirjattiin tarkasti myös se, olivatko kirjaukset lainausmerkeissä eli potilaan kertomana vai ilman.

Lisäksi 12.11.2014 aloitettiin taustatietolomakkeiden tietojen kerääminen yhdelle paperille, jotta saatiin muodostettua osuudet siitä, millainen on ikä jakauma, anestesiaumuodot ja sukupuolijakauma sekä potilaan diagnoosi ja tehty toimenpide.

5.7 Tutkimuslupa ja suostumuslomake

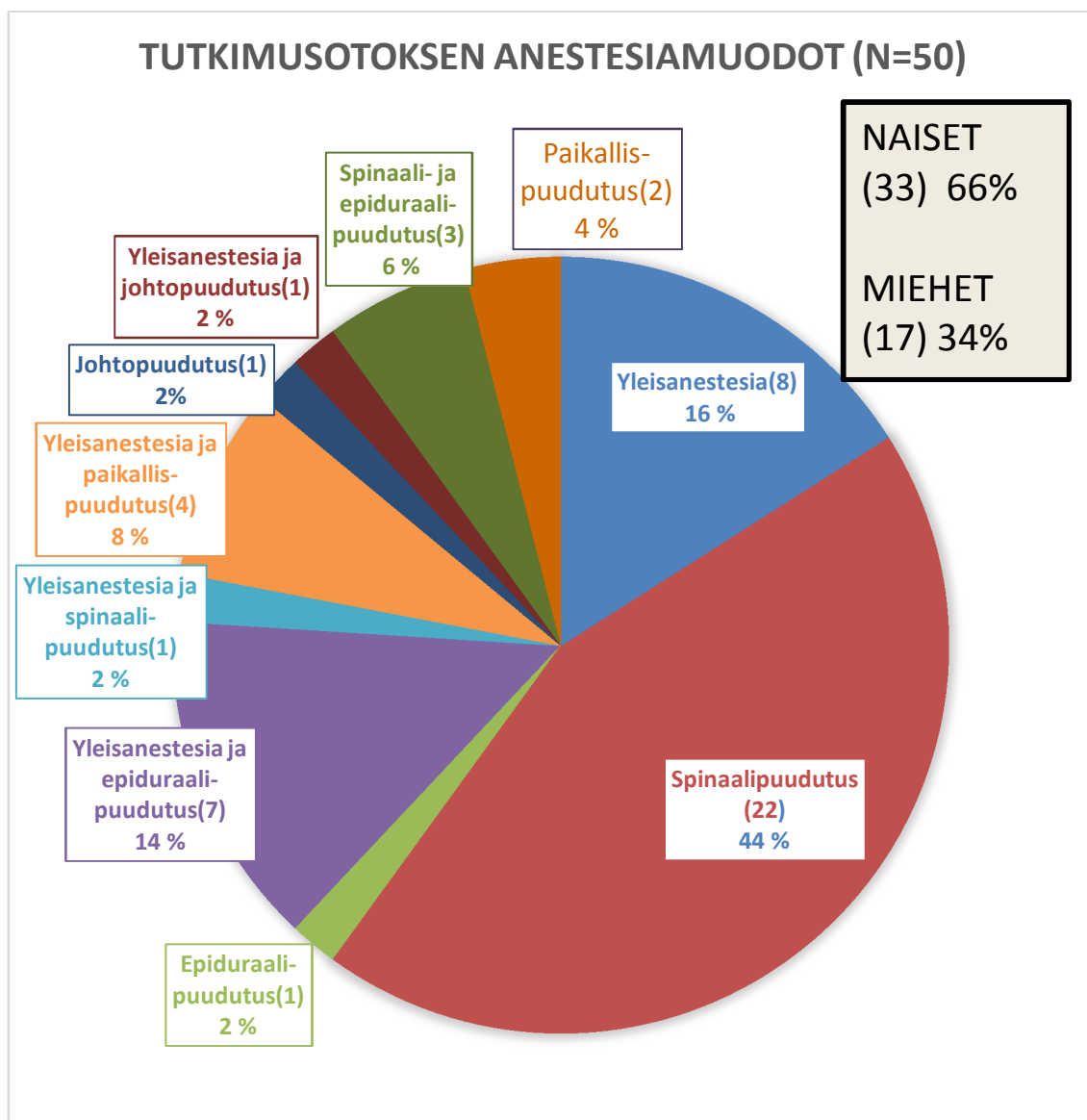
Tutkimuslupaa haettiin lokakuussa 2014 palautettavalla tutkimuslupahakemuksella. Tutkimuslupahakemuksen yhteydessä palautettiin myös vaitiolosopimus, opinnäytetyön suunnitelma sekä opinnäytetyön tutkimusmittari ja mittarin ohjeet.

Tutkimuslupa haettiin viikolla 42 ja tutkimuslupa hyväksyttiin puhelimitse myönnettynä viikolla 43, jotta tutkimus voitiin aloittaa. Hyväksytty tutkimuslupa oli allekirjoitettu 11.11.2014, jolloin se palautettiin opinnäytetyön tekijälle. Myös opinnäytetyö ja mittari sekä sen ohjeet jätettiin sairaalan johtoryhmälle hyväksyttäväksi tutkimuslupahakemuksen kanssa samaan aikaan. Kaikki asiakirjat hyväksyttiin sairaalan toimesta viikolla 43, jotta tutkimus voitiin aloittaa viikolla 45, maanantaina 3.11.2014.

6 Tutkimustulokset

Heräämössä kirjaaminen tapahtuu manuaalisesti heräämölomakkeisiin. Tutkimuksessa arvioitiin kivunhoidon kirjaamista systemaattisella otannalla valituista 50 heräämölomakkeesta. Arvioitavana ilmiönä oli tutkia tutkimusmittarin avulla heräämön kivunhoidon kirjaamista 18:sta eri arviointikohteen mukaisesti. Tämän lisäksi arvioitiin kivunhoidon kirjaamisen sisällön potilaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä. Tutkimuksen määrällisessä osiossa käytettiin tämän opinnäytetyön tutkijan kehittämää mittaria ja sen ohjeita (Liite 1). Arvioinnin kriteerit oli määritelty mittarin ohjeisiin siten, että hyväksytyn kriteerin kohdalla merkittiin 1 piste mittarin arviointikohtiin, joita yhteensä on 18. Heräämön kirjaamiseen saattoi vaikuttaa leikkausosastolle määritetyt kirjaamisen minikriteerit.

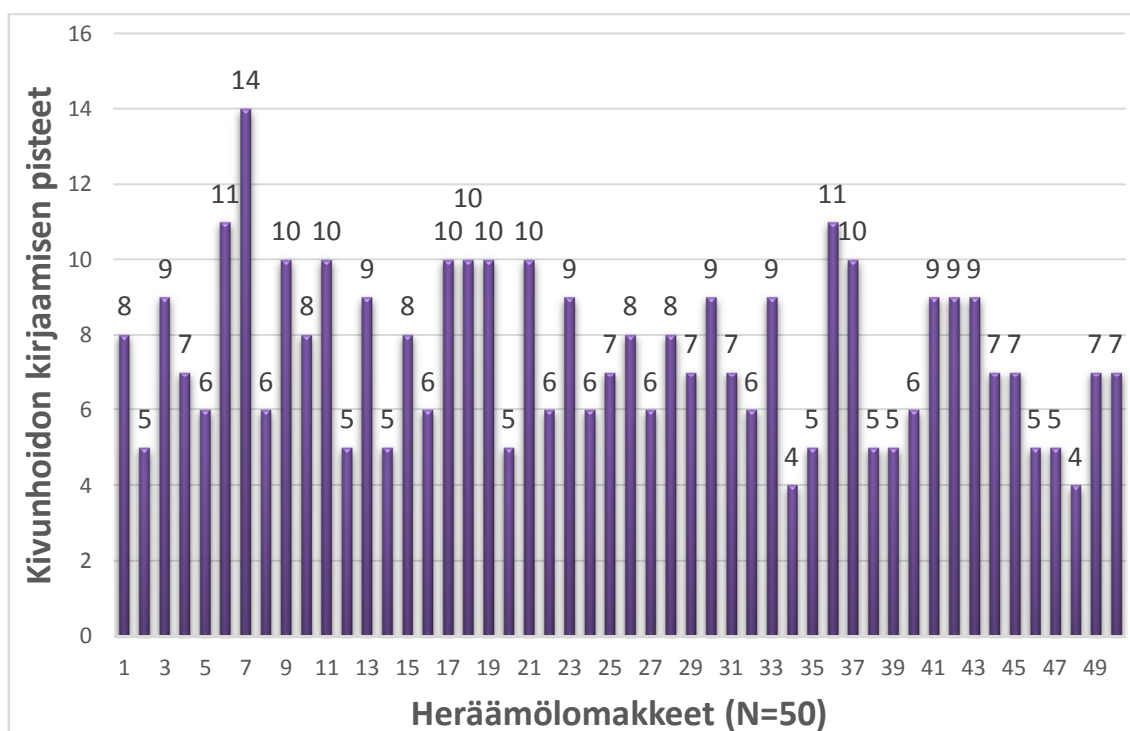
Lisäksi tutkimusta aloitettaessa täytettiin anestesia- ja heräämölomakkeen tietojen pohjalta taustatietolomake. Taustatietolomakkeen mukaan kivunhoidon kirjaamista arvioitiin potilaskokouksen heräämölomakkeista, joista 33 (66 %) oli naisia ja 17 (34 %) oli miehiä. Heidän ikänsä olivat 19-vuotiaasta 88-vuotiaaseen ja keskimääräinen ikä oli 64 vuotta. Erilaisia potilaiden anestesiamuotoja, heräämölomakkeiden ja taustatietolomakkeisiin täytettyjen tietojen mukaan, olivat 8 yleisanestesiaa, 22 spinaalipuudutusta, 1 epiduraalipuudutus, 7 yleisanestesia ja epiduraalipuudutusta, 1 yleisanestesia ja spinaalipuudutus, 4 yleisanestesia ja paikallispuudutusta, 1 yleisanestesia ja johtopuudutus, 3 spinaali- ja epiduraalipuudutusta, 1 johtopuudutusta, 2 paikallispuudutus (Taulukko 2).



Taulukko 2: Tutkimusotoksen anestesianmuodot (%)

Tutkimuksessa käytetystä Kivunhoidon kirjaamisen arviointi-mittarista saatiin kaksi tulosta kahdesta eri mittarista. Tulokset saatiin suoraan sen perusteella, kuinka paljon pisteitä lomakkeet olivat saaneet eli kuinka hyvin kirjaamisen eri osa-alueet olivat toteutuneet keskiarvon pohjalta muodostetun lukuarvon perusteella. Lukuarvon asteikkoon asettumisen perusteella mittari ilmoitti kirjaamisen tason. Kirjaamisen tulos molemmissa mittareissa oli pisteytyksen jälkeen ”heikko taso”. Tulokset olivat 7 ja 8. Nämä molemmat antoivat tuloksen ”heikko taso” mutta myös mittarien tuloksien keskiarvo laskettaessa saatiin yhteistulokseksi 7,5 eli ”heikko taso” (heikon tason arvot välillä 6,00-9,95). Mittareiden eri tulosten keskiarvo laskettaessa saadaan tuloksia vertailtua keskenään luotettavasti, siinäkin tapauksessa, mikäli tulokset olisivat antaneet toisistaan poikkeavan tuloksen.

Tutkimuksessa käytetyn mittarin avulla saatiin yksityiskohtaista tietoa kivunhoidon kirjaamisesta. Mittarista saatiin tuloksia siitä, miten kirjaaminen toteutui lomakekohtaisesti. Maksimipistemäärä kaikkien 18:sta kohdan täyttyessä on siis 18 pistettä. Mittarin mukaan eniten pisteitä sain lomake nro. 7, joka sai 14 pistettä. Vähiten pisteitä saivat lomakkeet nro 34 ja nro. 48, jotka saivat 4 pistettä (Taulukko 3).



Taulukko 3: Heräämölomakkeiden kirjaamisen arviointi lomakekohtaisesti (n = 50)

Tuloksia saatiin sekä lomakekohtaisesti tarkasteltuna että kivunhoidon kirjaamisen osa-alueiden kirjaamista tarkasteltuna. Tutkimuksen avulla saatiin siis tietoa sekä heräämölomakkeiden yksittäisestä kirjaamisesta että kirjaamisen laadusta osa-alueittain tarkasteltuna.

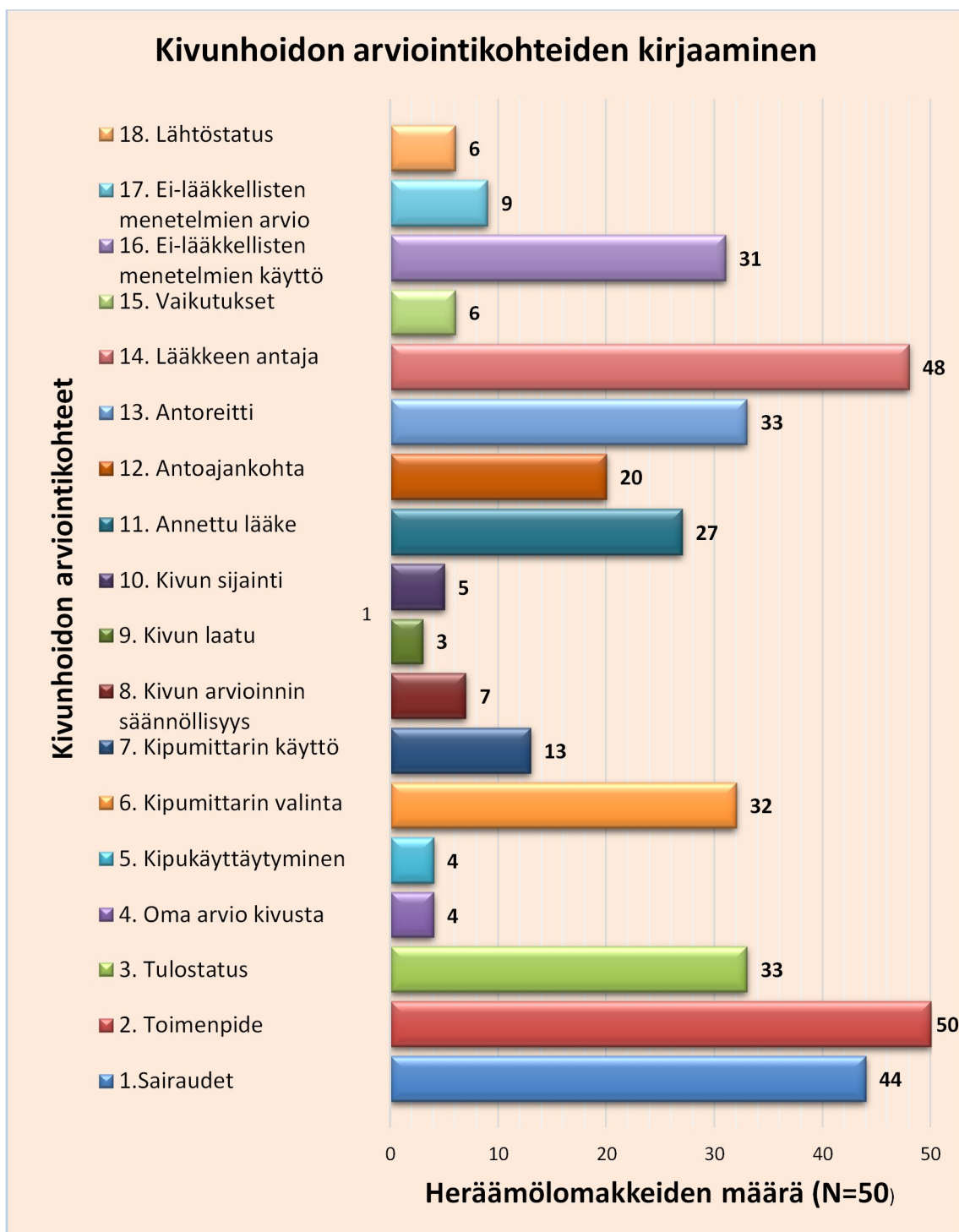
Lomakekohtaisesti tulokset jakautuivat pistemäärä välille 4-14. Yhdestäkään lomakkeesta ei siis saatu täysiä pisteitä eli kirjaamisen laatu ei yhdessäkään heräämölomakkeessa ollut kii-tettävällä tasolla. Kaikissa lomakkeissa oli silti kirjauksia edes joistain kivunhoidon kirjaami-sen osa-alueista, koska yksikään lomake ei jäänyt ilman pisteitä. 10 viidestäkymmenestä lo-makkeesta sai 10-14 pistettä ja kaikki loput 40 lomaketta jäivät 10 pisteen rajan alapuolelle. Tämä tarkoittaa sitä, että 10 lomakkeesta jäi tyhjäksi 7 kohtaa tai vähemmän. 40 lomakkees-sa siis tyhjiä kohtia jäi 8-14. Eniten tyhjiä kohtia jäi 2 lomakkeeseen, jossa kirjattuja osa-alueita oli vain 4.

Silloin, kun mittarista saisi kaikista kohdista täydet 18 pistettä, mittarin yhden lomakkeen kokonaispistemäärä on 450. Kahdesta mittarilomakkeesta täydet pisteet ovat siis 900 pistettä. Tässä tutkimuksessa pisteyttämisen jälkeen lomakkeista saatiin 200 pistettä ja 175 pistettä eli kahden lomakkeen yhteispistemäärä oli siis 375 pistettä. Kahdesta lomakkeesta saatu piste-määrä ei täytä yhtä lomaketta täyteen, koska kirjaamisen osa-alueilla on puutteita (Taulukko 4).

Aihealue	Kivunhoidon kirjaamisen arviointikohde	Summa	Keskiarvo
Tausta	1. Potilaan sairaudet	44	0,88
	2. Tehty toimenpide	50	1
Tulostatus	3. Kipu osastolle tultaessa	33	0,66
Arvio kivusta	4. Potilaan oma arvio kivusta	4	0,08
	5. Kipukäyttäytyminen	4	0,08
	6. Kipumittarin valinta	32	0,64
	7. Valitun kipumittarin käyttö	13	0,26
	8. Kivun arvioinnin säännöllisyys	7	0,14
	9. Kivun laatu	3	0,06
Kipu	10. Kivun sijainti	5	0,1
	11. Annettu lääke (nimi ja määrä)	27	0,54
Lääkehoito	12. Lääkkeen antoajankohta	20	0,4
	13. Lääkkeen antoreitti	33	0,66
	14. Lääkkeen antaja	48	0,96
Vaikutus	15. Lääkehoidon vaikutukset	6	0,12
Menetelmät	16. Ei-lääkkeellisen kivunhoidon käyttö	31	0,62
Vaikutus	17. Ei-lääkkeellisen kivunhoidon vaikuttavuus	9	0,18
Lähtöstatus	18. Kivunhoidon tulokset (NRS+potilaan tila)	6	0,12
		375	7,5

Taulukko 4: Kivunhoidon kirjaamisen tulokset (n = 50)

Tuloksissa potilaalle tehty toimenpide oli kirjattu jokaiselle (n = 50) potilaalle. Yli 40 lomakkeessa oli kirjattu sairaudet ja lääkkeen antaja. Yli 30 lomakkeessa oli kirjattuna tulostatus, kipumittarin valinta, lääkkeen antoreitti ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö. 27 lomakkeessa oli kirjattuna annettu lääke oikein ja 20 lomakkeessa oli kirjattuna lääkkeen antoajankohta. 13 lomakkeessa oli käytetty valittua kipumittaria. Vain alle 10 lomakkeessa oli kirjattuna kipuarvio säännöllisesti, potilaan oma arvio kivusta, kipukäyttäytyminen ja kivun sijainti sekä lääkehoidon vaikutusten seuranta ja lähtöstatus. Vähiten eli vain 3 lomakkeeseen oli kirjattu kivun laatu eli millaista potilaan kipu on.



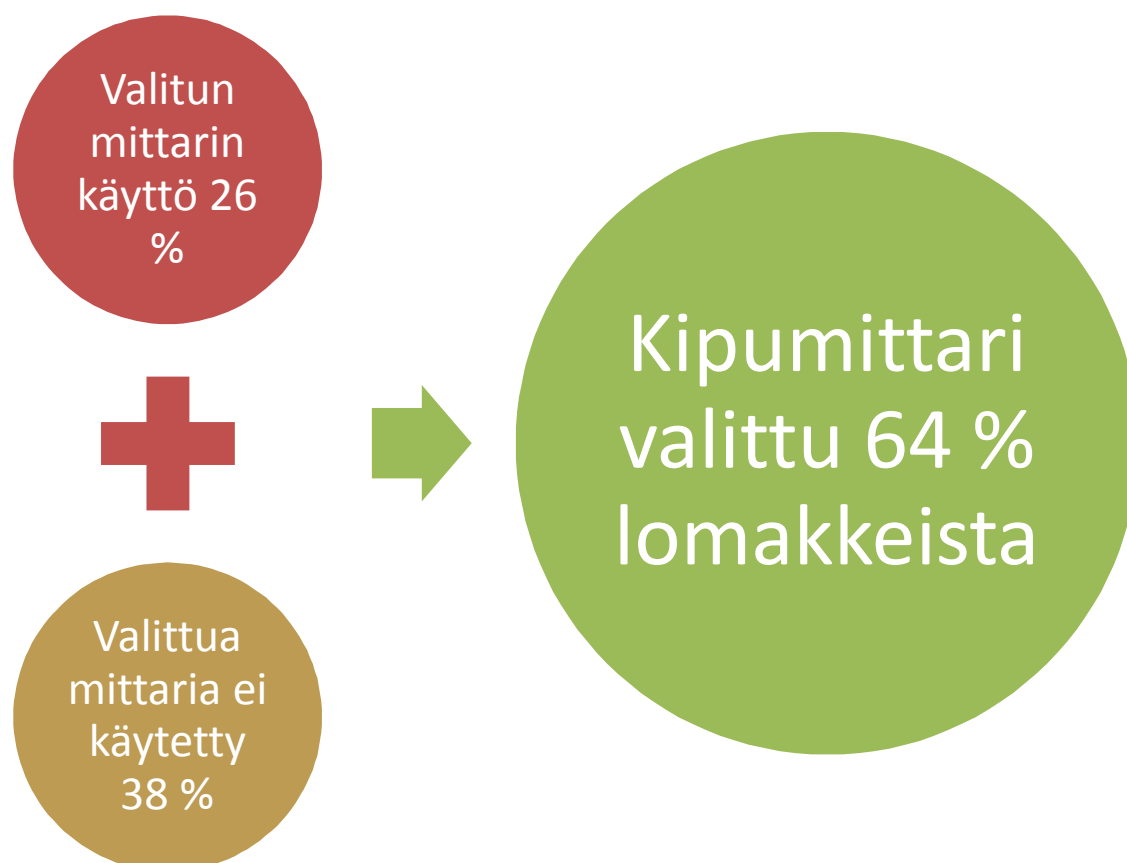
Taulukko 5: Kivunhoidon arviointikohteiden kirjaamisen numeeriset tulokset

44 potilasasiakirjassa oli kirjattu potilaan sairaudet. 40 potilaalla oli sairauksia ja 4 oli perusterveitä. 2 lomakkeessa oli kirjattuna ”terve” ja 2 lomakkeessa ”perusterve”. 6 lomakkeessa ei ollut mitään merkintää sairauksien kohdalla. Potilaalle tehty toimenpide oli kirjattu kaikkien 50 potilaan kohdalla selkeästi sille varattuun kohtaan. 10 lomakkeessa oli sekä toimenpidenumero että tehty toimenpide ja 40 kirjattuna tehty toimenpide.

Kirjaamisessa positiivista oli, että tulostatukseen oli kirjattu kipuarvio 33 heräämölomakkeeseen. Näistä 4 lomakkeeseen oli kirjattu selkeästi sekä NRS että potilaan oma sanallinen arvio kivusta potilaan saapuessa heräämään. 4 lomakkeeseen oli kirjattu vain potilaan NRS heräämään saapuessa ja 25 lomakkeeseen sanallinen kuvaus potilaan kivusta. 16 heräämölomakkeista ei ollut kirjattu kipuarviota tulostatukseen (Kuvio 20).

Potilaan oma arvio kivusta oli kirjattu 4 heräämölomakkeeseen. Mittarin ohjeiden mukaan tällöin kohtaa viisi ei arvioida erikseen vaan siitäkin saa 1p. Tämän vuoksi potilaan kipukäyttäytymistä ei ole tarvinnut arvioida kohdissa, josta se on saanut pisteen (4kpl). Vain yhdessä heräämölomakkeessa oli kirjattu tulostatukseen ”potilas ei vastaa puhutteluun”, mutta kipukäyttäytymistä ei ollut arvioitu. 45 heräämölomakkeessa oli siis mahdollisuus kirjata kipuarvio potilaan omin sanoin, mutta sitä ei ollut kirjattu (Kuvio 20).

Kipumittarin valinnasta ja käytöstä sai molemmista 1 pisteen potilaan oltua epiduraalipuudutuksessa, koska tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu erikseen epiduraalikaavakkeiden kirjaamista vaan oletettiin, että niihin oli kirjattu kipumittarin valinta ja sitä oli käytetty säännöllisesti koko heräämössä olo ajan. Kipumittarin valinta oli kirjattu 32 heräämölomakkeeseen ja 13 lomakkeessa valittua kipumittaria oli käytetty säännöllisesti koko heräämössä olo ajan eli tulo- ja lähtöstatuksessa sekä heräämössä olo ajan enintään 30 minuutin välein. On tärkeä kehittämisen kannalta huomioida, että yhteensä 19 lomakkeessa kipumittari oli siis valittu, mutta sitä ei ollut käytetty (Kuvio 18).

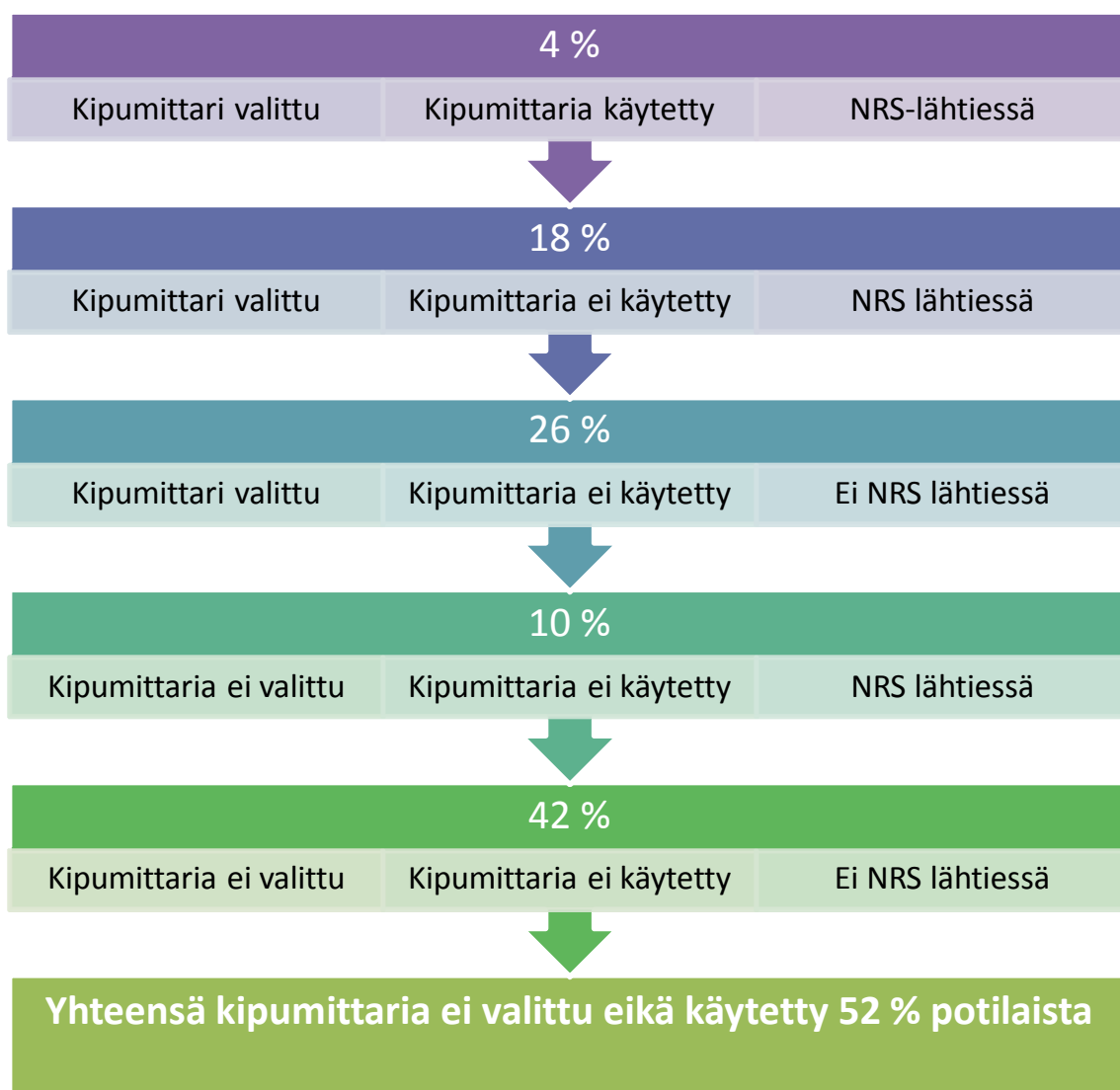


Kuvio 18: Kipumittarin valinta ja sen käyttö tuloksien mukaan (%)

Kun myös epiduraalipuudutuksen saaneiden potilaiden kipumittarin valintaa ja käyttöä arvioitiin heräämölomakkeen kivunhoidon kirjausten perusteella, saatiin poikkeavia tuloksia verrattuna saatuihin tuloksiin, joissa epiduraalipuudutuksen saaneilla potilailla pisteitä annettiin kipumittarin valinnasta ja käytöstä automaattisesti epiduraalikaavakkeen käytön vuoksi. Näissä tuloksissa, kun tarkasteltiin kaikkien potilaiden heräämölomakkeita, vain 2 lomakkeessa oli kirjattu kipumittarin valinta ja sitä oli käytetty koko heräämössä olo ajan. Näihin oli merkitty myös NRS lähtiessä. Nämä kaksi eivät olleet epiduraalipuudutuksen saaneita potilaita, mikä siis osoitti, että valitun kipumittarin käyttö oli lomakkeissa ollut parasta mahdollista tällä osalla. 9 lomakkeeseen oli kirjattu kipumittarin valinta mutta valittua kipumittaria ei ollut käytetty. NRS oli merkitty potilaan poistuessa heräämöstä. Nämä potilaat eivät myöskään olleet epiduraalipuudutuksessa eli kirjaukset olisi täytynyt olla tehtynä heräämölomakkeeseen. 13 lomakkeessa kipumittari oli valittu mutta sitä ollut käytetty eikä NRS:ää ollut kirjattu lähtiessä. Näistä potilaista 1 oli epiduraalipuudutuksessa, eli kirjaukset oli oletetusti merkitty epiduraalikaavakkeeseen. 5 lomakkeessa ei ollut kirjattu kipumittarin valintaa eikä käyttöä mutta NRS oli kirjattu potilaan lähtiessä heräämöstä. 1 näistä potilaista oli epiduraalipuudutuksessa.

21 lomakkeessa ei ollut kirjattu kipumittarin valintaa, sen käyttöä eikä NRS:ää lähtiessä. Näistä 7 olivat epiduraalipuudutuksen saaneita potilaita eli oletetusti kirjaukset löytyvät epiduraalikaavakkeesta. Tämä tulos osoittaa, että kipumittarin valintaan ja käyttöön liittyvät saadut tulokset ovat paljolti epiduraalipuudutuksen saaneiden potilaiden epiduraalikaavakkeeseen tehdyn oletetun kirjaamisen varassa. Oletus tehtiin siksi, että kipumittarin valinta ja sen käyttö tulisi säännöllisesti kirjaamisohjeiden mukaan kirjata ainakin epiduraalikaavakkeeseen, joita tässä tutkimuksessa ei arvioitu (Kuvio 19).

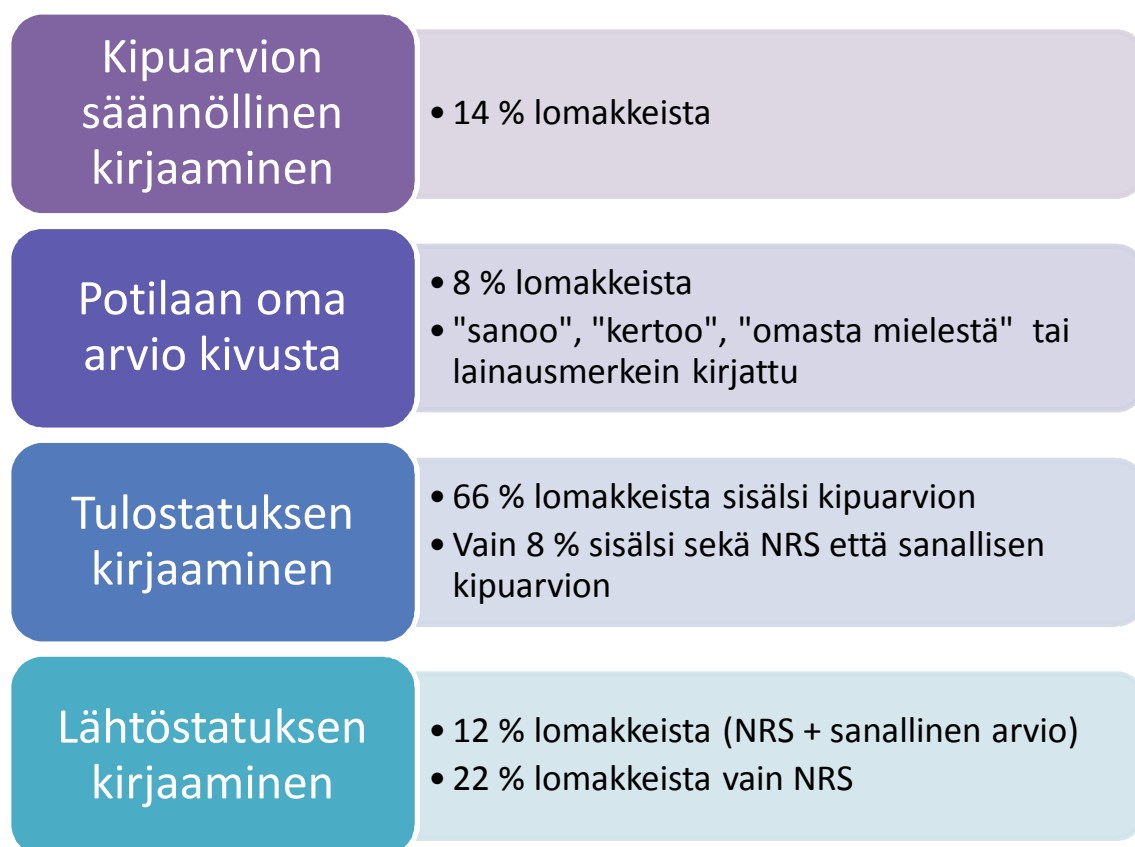
14 lomakkeista ei siis ollut kirjattu kipumittarin valintaa eikä käyttöä ollenkaan, vaikka näin olisi kuulunut tehdä. Yhteensä kipumittaria ei ollut valittu eikä käytetty siis 26 potilaalla, jotka eivät olleet epiduraalipuudutuksessa. 24 potilaalla siis kipumittari oli valittu, mutta sitä ei ollut käytetty. Näistä 1 oli epiduraalipuudutuksen saanut potilas (Kuvio 19).



Kuvio 19: Kipumittarin valinta ja sen käyttö *kaikissa lomakkeissa* myös epiduraalipuudutuksen saaneiden potilaiden lomakkeiden kirjaukset huomioiden

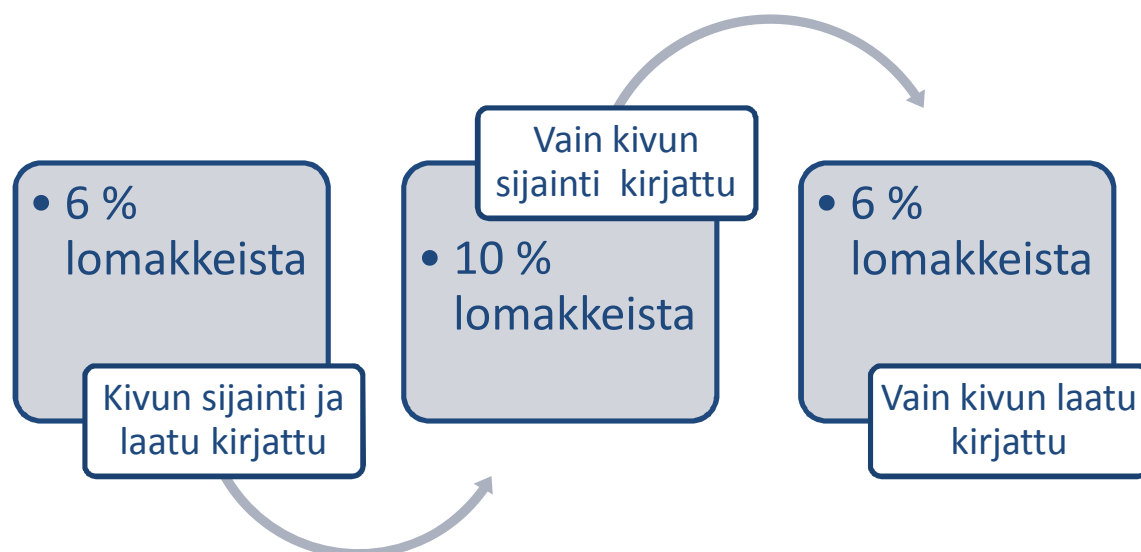
Kivun arviointia oli kirjattu säännöllisesti 7 lomakkeessa. Keskimäärin kipua oli arvioitu noin 21 minuutin välein. Kivun säännöllistä arviointia ei ollut kirjattu koko heräämössä olo aikaa 43 heräämölomakkeessa. Näistä jokaisessa kipuarvioita oli kuitenkin tehty vähintään yhden kerran heräämössä olo aikana. Tuloksiin vaikuttaa kuitenkin epiduraalipuudutuksessa olevat potilaat, joiden kivunhoidon kirjaaminen on oletettavasti epiduraalikaavakkeessa. Potilaat, joilla ei ollut epiduraalipuudutusta, saattoivat olla ilman kipuarviota heräämössä silti yli kriteerien rajan, joka on 30 minuuttia. Joissain kipuarvio oli kestänyt 40 minuuttia ja joissain 2 h 55 min. Kun epiduraalipuudutuksen saaneet potilaat jätettiin kivunhoidon kirjaamisen säännöllisyyden tarkastelusta pois, oli potilas pisimpään heräämössä ilman kipuarviota 1 h 50 minuuttia. Kipuarvion tulkitsemiseen vaikutti myös se, oliko potilaalle kirjattu osastolle siirtymiskohtaan kellon aika vai joutuiko tutkija arvioimaan potilaan osastolle siirtymistä ruudukosta esimerkiksi verenpaineen seurannan merkintöjen loppumisen perusteella (Kuvio 20).

Eniten kivun arvioimisessa esiintyi puutteita silloin, kun potilaalta oli irrotettu verenpaine mansetti ja potilas oli poistunut heräämöstä osastolle siirtymis-kirjauksen mukaan esimerkiksi tunnin kuluttua. Yhdessäkään tällaisia kirjaustapoja sisältävissä lomakkeissa ei ollut kirjattu enää mansetin irrottamisen jälkeen kipuarvioita ennen potilaan poistumista heräämöstä. Jos taas verenpaine mansetti oli irrotettu ja potilas poistui myöhemmin, mutta ei ollut kirjattu siirtymisaikaa erikseen, oletti tutkija potilaan poistuneen verenpaineen mittauksen ja muiden vitaalien kirjaamisen loppumiseen. 39 lomakkeessa ei ollut kipuarviota kirjattu 30 minuutin aikana ennen potilaan poistumista heräämöstä. 11 lomakkeessa oli kirjattu NRS lähtiessä ja näistä 6:ssa oli NRS lisäksi kirjattuna sanallisesti arvio potilaan kivusta (Kuvio 20).



Kuvio 20: Kivunhoidon kirjaamisen säännöllisyys ja kivun arviointi heräämössä tuloksien mukaan

Kivun sijainti oli kirjattu 5 heräämölomakkeeseen. Näistä 3 lomakkeessa oli kivun sijainnin lisäksi kirjattu myös kivun laatu. 2 lomakkeessa oli siis kirjattuna vain kivun sijainti, muttei laatua. 47 lomakkeessa ei ollut kirjattu siis kivun laatua ja 45 lomakkeessa ei ollut kivun sijaintia kirjattu. Kivun sijainnin ja laadun ollessa kirjattuina, olivat kuvaukset selkeitä ja tarkkoja koko potilaan heräämössä olo ajan. Kun kipua oli kuvailtu myös potilaan omin sanoin, kivun laatu ja sijainti tulisi selvästi tarkemmin kirjatuiksi (Kuvio 21).



Kuvio 21: Kivun sijainnin ja laadun kirjaaminen tuloksien mukaan (%)

Annettu lääke ja määrä oli kirjattu 27 heräämölomakkeeseen kriteerien mukaisesti, jolloin ne sisälsivät annetun lääkkeen nimen ja sen määrän yleisimmin mg/ml tai g-merkintänä. Puutteita lääkehoidon kirjaamisessa esiintyi 23 lomakkeessa. Kaikissa näissä oli puutteita siinä, onko lääkettä annettu mg, ml vai g. Tutkija rajasi kriteerit mittaria kehitellessään siten, että lääkkeen antoon liittyvät kirjaukset tulee olla kokonaisuudessaan aina kirjattuna. Eräissä lomakkeissa oli lääkärin kirjaus annettavista kipulääkkeistä ”oxanest 5-10 ml iv tai oxanest 5 ml im”. Potilaalle annettu lääke oli kirjattu ruudukkoon ”oxanest 5”. Kirjauksen puutteellisuudesta johtuen ei voitu tietää, onko lääke annettu mg vai ml ja mikä on ollut sen antoreitti. Tämä on eräs tärkeä kehittämiskohde turvallisen lääkehoidon ja potilaan voinnin seurannan kannalta.

Kaikki sanallisen kirjaamisen ohkeen kirjattu lääkkeen anto oli kriteerit täyttävää ja kattavaa. Lisäksi ruudukkoon kirjattuja lääkkeitä oli kirjattu jonkin verran selkeästi ja kriteerit täytävästi. Kriteerien mukaisia kirjauksia oli selkeä ja helppo tulkita ne eivät jättäneet mitään arvailun varaa.

Selkeät tavat:

”paracetamol 1g po klo 12.45” (sanallinen)

”burana 600 mg po klo 15.35” (sanallinen)

KLO 12.00

”po Arcoxia (mg)

90” (ruudukossa)

Lääkkeiden antoajankohdat oli kirjattu selkeästi 20 lomakkeeseen. Puutteita esiintyikin po, im ja iv lääkkeiden annon kirjaamisessa silloin, kun ne olivat kirjattuna ruudukkoon. Lähes joka toisessa heräämölomakkeessa oli puutteita lääkkeen annon kirjaamisessa. Tulosta huononsi se, että ruudukkoon oli usein kirjattu lääke epäselvästi, jolloin se vaikeutti lääkkeen antoajankohdan tulkitsemista. Lisäksi tutkija teki huomioita siitä, että kirjaustavat eivät ole yhtenäiset.

Erilaiset tavat:	KLO.	12.00
	"burana	600 mg po" (ruudukossa)
	"oxanest i.v	5 mg" (ruudukossa)
	"oxanest im	5" (ruudukossa)

Osa kirjauksista oli tehty siten, että oli kirjattu lääkkeen annon yhteydessä myös sanallisesti "2) potilaalla kipua vas. jalassa->lääkitty", jolloin kohta "2)" oli merkitty myös ruudukkoon selkeästi antoajankohdalle. Tutkija huomasi, että oli paljon poikkeamia antoajankohdassa riippuen, oliko kirjattu sekä sanallisesti että ruudukkoon. Tämä ilmeni siten, että jos "2)" oli merkitty ruudukkoon klo 12 kohdalle niin kirjaus "600 mg po" saattoi olla merkitty klo.11.50-12.10 välille tai klo 12.00-12.20 välille. Jos ja kun siis suuresta osasta kirjauksia puuttui sanallinen kirjaus, olisi se jättänyt paljon tulkinnan varaa lääkkeen antoajankohdalle ja näin vaikuttanut paljon myös esimerkiksi lääkkeiden vaikutusten seurantaan (Mittarin kohta 15).

Kaikki kohdat, joissa oli kirjattu sekä määrä että antotapa ruudukkoon lääkkeen annon kohdalle epäselvästi, eivät täyttäneet kriteerejä selkeästä antoajankohdasta. Selkeästi oli kirjattu esimerkiksi silloin, kun lääke ja sen antotapa sekä määre olivat kirjattuna ruudukon reunan ja annettu määrä oli kirjattu ruudukkoon antoajankohdalle.

<u>Epäselvä tapa:</u>	KLO.	12.00
	"burana	6 0 0 mg po" (ruudukossa)
	"oxanest	5 m g i.v" (ruudukossa)
<u>Selkeä tapa:</u>	KLO.	12.00
	"(mg) oxanest iv	5" (ruudukossa)
	"(ml) oxanest iv	10" (ruudukossa)

Lisäksi lääkkeen antoajankohta oli puutteellinen silloin, kun infuusio oli kirjattu, mutta siitä puuttui lopetus ajankohta. Selkeissä kirjauksissa oli infuusion annon yhteyteen kirjattu sekä sen aloitus- että lopetusajankohta.

Epäselvä tapa:	"Perfalgan 1g 12.45->"
Selvä tapa:	"Perfalgan 1g i.v 15.45-16.10"

Lääkkeen antoreitti oli kirjattu 33 lomakkeeseen jokaisen lääkkeen kohdalle selkeästi. 13 lomakkeeseen ei ollut merkitty lääkkeenantoreittejä jokaisen lääkkeen kohdalle. 6 lomakkeessa ei ollut mitään merkintään lääkkeenantoreitistä, vaikka potilas oli saanut lääkettä heräämössä olo aikana.

Lääkehoidon vaikutusten seurannan kirjaamisen kriteereinä oli määritetty iv lääkkeen annosta korkeintaan 5 minuuttia, im lääkkeen annosta korkeintaan 15 minuuttia ja po lääkkeen annosta korkeintaan 30 minuuttia. Lääkehoidon vaikutuksia oli seurattu koko heräämössä olo ajan ja jokaisen lääkkeen antokerran jälkeen 6 lomakkeessa kriteerien mukaisesti. 8 lomakkeessa ei ollut merkittynä jokaisen lääkkeen kohdalla antotapaa, joten niistä ei sai 0 pistettä. Iv lääkkeen annon jälkeen seuraava kipuarvio oli tehty pisimmillään 1h 50 minuutin kuluttua. Im lääkkeessä pisin arviointi aika oli 1h 55 minuutin kuluttua ja po lääkkeellä 1h 15 minuutin kuluttua. Jos lääkkeen vaikutuksen seuranta ei täyttänyt kriteereitä, oli keskimäärin iv lääkkeen annon jälkeen kulunut aikaa 31 minuuttia ja im lääkkeen vaikutusten arvioinnissa keskimäärin 50 minuuttia. po lääkkeiden vaikutuksia oli arvioitu keskimäärin 47 minuutin kuluttua. Tutkija teki tärkeän huomion siinä, että jopa 8 potilaista oli poistunut heräämöstä ilman kipuarviota lääkkeen annon jälkeen. Näistä potilaista 2 oli saanut im lääkkeitä, 4 potilaista iv lääkkeitä ja 2 potilaista po lääkkeitä.

Ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä oli käytetty 31 potilaalla. Potilailla oli käytetty yleisimmin kylmää ja kohoasentoa sekä asentohoitoa. Ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien vaikuttavuutta oli arvioitu 9 potilaalla. 22 potilaalla oli siis käytetty ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä, mutta niiden vaikuttavuutta ei ollut arvioitu. Potilaista 9 oli ollut kivuttomia koko heräämössä olo ajan eli he saivat kriteerien mukaisesti 1p molemmista kohdista. 41 potilasta oli kärsinyt kivusta heräämössä olo aikana ja 1 heistä oli käytetty ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä ja niiden vaikuttavuutta oli arvioitu. 21:lle heistä oli käytetty ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä, mutta niiden vaikuttavuutta ei ollut arvioitu. 19:sta kipua tuntevalle potilaalle ei ollut kirjauksien mukaan tarjottu ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä eikä niiden vaikuttavuuttakaan ollut näin ollen arvioitu.

Heräämölomakkeisiin 6 potilaalle oli kirjattu loppustatukseen sekä NRS että sanallinen arvio kivusta. 12 potilaalle oli kirjattu vain NRS potilaan poistuessa heräämöstä ja 6 potilaalla oli heräämölomakkeessa vain sanallinen arvio kivusta. 26 lomakkeeseen ei ollut kirjattu lähtöstatukseen NRS:ää eikä sanallista kuvausta potilaan kivusta. Näissä 26 lomakkeessa keskimäärin oli viimeisin kipuarvio tehty 36 minuuttia ennen potilaan poistumista heräämöstä.

Heräämön kivunhoidon kirjaamisen potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys

Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysillä tarkasteltiin kivunhoidon kirjaamisen potilaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä heräämölomakkeista (n = 50).

Kirjauksista etsittiin potilaan omaa arvioita kivusta. Laadullisesta tutkimuksesta jätettiin pois kirjaukset ”kipeä”(1 kpl), ”kipua” (3 kpl), ”kivuton” (4 kpl) ja ”ei kipua” (33 kpl), koska niistä ei ilmennyt potilaan oma kipu-arvio. Lisäksi sanojen luokittelusta olisi tullut monimutkaista, koska olisi täytynyt tutkia myös sanojen asiayhteyttä kuten: ”nukkuu, ei kipua” ja ”vointi hyvä, ei kipua”.

Ensimmäisenä tarkasteltiin kohtia, joissa kivunhoitoa oli kirjattu selkeästi ja kattavasti potilaan omana arviona kivuttomuudesta tai potilaan omana arviona kivun laadusta ja sijainnista tai potilaan omana arviona lääkehoidon vaikutuksesta. Näitä kuvaavia kivunhoidon alkuperäisiä ilmaisuja oli kirjattu sanoin ”kysyttäessä..”, ”sanoo..”, ”kertoo..” ja ”omasta mielestä..” sekä kirjattu potilaan sanomana lainausmerkein.

Näiden kirjauksien pelkistetyistä ilmauksista muodostui alakategorioita yhteensä 3: potilaan oma arvio kivuttomuudesta, potilaan oma arvio kivun laadusta ja sijainnista sekä potilaan oma arvio lääkehoidon vaikutuksesta.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
"Kysyttäessä sanoo kivun helpottaneen"	Potilas sanoo kivun helpottuneen	Potilaan oma arvio kivuttomuudesta	Potilaan subjektiivinen arvio kivusta
"Sanoo, että kipu helpottanut"	Potilas sanoo kivun helpottuneen		
"Omasta mielestä kipua ei ole"	Potilaalla ei omasta mielestään ole kipua		
"Sanoo, että kipu täysin poissa"	Potilas sanoo kivun olevan poissa		
"Sanoo kiristyksen tunteen helpottaneen vatsalla"	Potilas sanoo kiristyksen tunteen helpottaneen vatsalla		
"Sanoo, ettei kipua ole"	Potilas sanoo olevansa kivuton		
"Sanoo, ettei kipua"	Potilas sanoo olevansa kivuton		
"Kysyttäessä ei kipua"	Potilas sanoo olevansa kivuton		
"Kertoo, että ristiselässä pistävää kipua"	Potilas kertoo pistävästä ristiselän kivusta	Potilaan oma arvio kivun laadusta ja sijainnista	
"Polvissa on "pieni jomotus" "	Potilas kertoo polvien pienestä jomotuksesta		
"Sanoo kipua tuntuvan selässä: "samanlaista kuin sappikoh- tauksessa" "	Potilas sanoo selkävasta, joka tuntuu samalta kuin sappikoh- tauksessa		
"Sanoo nyt lääkkeiden auttavan ki- puun"	Potilas kertoo lääkkeiden auttavan ki- puun	Potilaan oma arvio lääkehoidon vaikutuksesta	

Taulukko 6: Sisällönanalyysin tulokset 1/4

Toiseksi tarkasteltiin sisällönanalyysillä luokiteltuja kirjauksia, joiden alakategoriaksi muodostui se, että potilaan kivun laatu ja sijainti oli kirjattu. Potilaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä kirjauksissa ilmensi pelkistettyjen ilmaisujen mukaan se, että niissä oli mainittu potilaan kivun laatu ja sijainti eli potilaan kipuarvio oli kysytty potilaalta näin tarkan kipu arvion aikaansaamiseksi.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
"Vähän tuntemusta tmp alueella"	Toimenpidealueella vähän kipua	Potilaan kivun laatu ja sijainti on kirjattu	Potilaan subjektiivinen arvio kivusta
"Kipu polvessa sietämätöntä"	Polvikipu sietämätöntä		
"Kipua ei juuri ole, vähän tuntua vatsalla"	Vähän kipua vatsalla		
"Lähes kivuton, vähän tuntemusta vatsan keskiosassa"	Vähän kipua vatsan keskiosassa		
"Pientä tuntemusta haavalla"	Pieni kipu haavalla		
"Nilkan seudulla hieman kiristävää tunnetta, täysin siedettävää"	Nilkan seudulla hieman kiristävää tunnetta		
"Pientä kihelmöintiä oik. jalassa"	Pientä kipua jalassa		
"Kova kipu vatsalla"	Kova kipu vatsalla		
"Ei kovaa kipua, pientä tuntemusta haavalla"	Pieni kipu haavalla		
"Haavalla voimakasta kipua"	Voimakas kipu haavalla		
"Vähän asentokipua lonkassa"	Vähän kipua lonkassa		
"Liike sattuu, pikkusen kipua haavalla"	Kipua liikkeessä ja pientä kipua haavalla		
"Ei varsinaisesti kipua, mutta haava-alueella tuntuu hieman kiristystä"	Haavalla-alueella hieman kiristystä		
"Hiukan kipua haavalla"	Hieman kipua haavalla		
"Lonkka hieman kipeytynyt"	Hieman kipua lonkassa		
"Kipu vas. polvessa yltyy"	Polvikipu yltyy		
"Jomotusta hieman haavalla"	Hieman jomotusta haavalla		
"Selässä lapaluiden välissä hieman kipua"	Hieman kipua selässä lapaluiden välissä		

Taulukko 7: Sisällönanalyysin tulokset 2/4

Kolmanneksi alakategoriaksi muodostui potilaan kivun sijainnin kirjaaminen. Tämän luokittelun kirjauksissa ilmeni potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys potilaan kivun sijainnin kirjaamisena pelkistettyjen ilmaisujen arvioinnin pohjalta.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
"Oikea kantapää kipeä"	Kantapää kipu	Potilaan kivun sijainti on kirjattu	Potilaan subjektiivinen arvio kivusta
"Vasemmassa polvessa kipua"	Polvikipu		
"Oikea polvi kipeämpi kuin vasen"	Polvikipu		
"Jalassa kipua"	Jalkakipu		
"Kipua oik. rinnassa ja palleassa"	Rinta- ja palleakipu		
"Jalassa kipua"	Jalkakipu		
"Vasempaan jalkaan sattuu"	Jalkakipu		
"Kipua jalassa"	Jalkakipu		
"Polvitaiepeessa kivun tunnetta"	Kipua polvitaiepeessa		
"Polvessa kipua"	Polvikipu		

Taulukko 8: Sisällönanalyysin tulokset 3/4

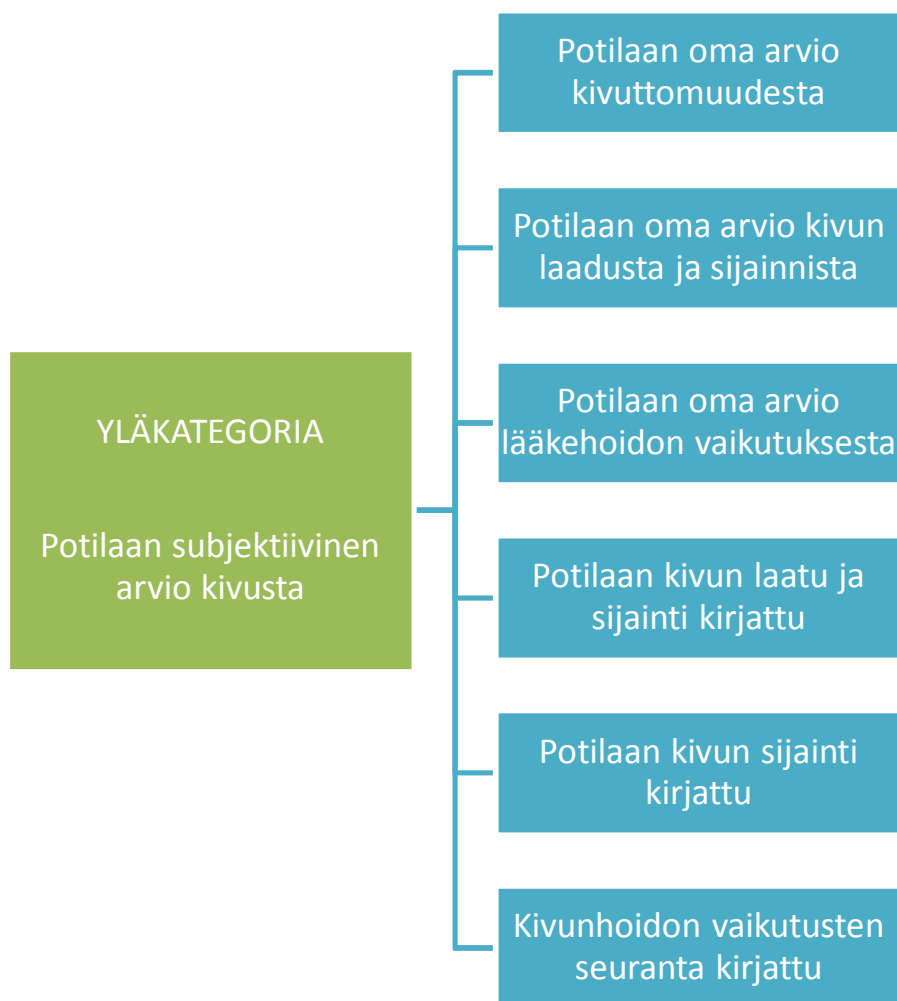
Neljänneksi tarkasteltiin pelkistettyjen ilmaisujen pohjalta muodostunutta alakatetegoriaa "kivunhoidon vaikutusten seuranta". Tämä luokittelu, joka tehtiin kivunhoidon kirjauksista sisällönanalyysillä, ilmensi potilaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä pelkistetyissä ilmaisuissa kivunhoidon aloittamisen jälkeisinä kirjauksina potilaan edelleen jatkuvista kivuista tai siitä, että potilaan ei ollut enää kipuja.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
"Kipu ei helpota, ei ole lisääntynytkään"	Potilaalla on edelleen kipuja	Kivunhoidon vaikutusten seuranta on kirjattu	Potilaan subjektiivinen arvio kivusta
"Kipua edelleen tuntuu"			
"Kipu vähenee"			
"Kipu ei helpottanut mutta ei lisääntynytkään"			
"Kipu yltyy"			
"Kipu lisääntynyt"			
"Kipu ei helpota"			
"Kipu alkaa hieman helpottaa"			
"Kipu helpottanut mutta ei täysin"			
"Kipu helpottaa"			
"Kipu meni pois"	Potilaalla ei enää kipuja		
"Kipu helpottanut"			

Taulukko 9: Sisällönanalyysin tulokset 4/4

Kirjauksien luokittelun pohjalta alakategorioiksi muodostuivat siis potilaan oma arvio kivuttomuudesta, potilaan oman arvio kivun laadusta ja sijainnista sekä potilaan oma arvio lääkeshoidon vaikutuksesta. Lisäksi alakategorioita olivat potilaan kivun laadun ja sijainnin kirjaaminen, potilaan kivun sijainnin kirjaaminen sekä kivunhoidon vaikutusten seuranta.

Neljään eri taulukkoon muodostuneiden alakategorioiden pohjalta muodostui sisällönanalyysin luokittelussa yksi yläkategoria, joka pitää sisällään kaikkien näiden alakategorioiden kuvauksia potilaan yksilöllisen ja potilaslähtöisen kivunhoidon kirjaamisen toteutumisesta. Yläkategoriaksi muodostui potilaan subjektiivinen arvio kivusta. Potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys toteutuvat heräämön kivunhoidon kirjaamisessa siis potilaan subjektiivisen kipuarvion kirjaamisena. (Kuvio 22)



Kuvio 22: Kivunhoidon kirjaamisen yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys sisällönanalyysillä kuvattuna

Kirjauksista 9 kpl kuuluivat pelkistettyinä ilmauksina luokittelun pohjalta ryhmään ”potilaalla on kipuja”. Esimerkiksi oli kirjattu: ”vähän kipua”, ”ei juurikaan kipua”, ”kovasti kipua” tai ”on kipua!”. Näiden pohjalta muodostui alakategoria ”potilaan kipu on kirjattu”. Tämä kategoria jätettiin pois tuloksista, koska sen kirjaamisessa ei toteutunut yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys. Näin ollen kategoria ei olisi vastannut tutkimuskysymykseen.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Ensin tarkastellaan Heräämön kivunhoitotyön kirjaamisen toteutumista ”Aikuispotilaan toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö”-suosituksen osa-alueilla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää se, millä tavoin suosituksen osa-alueet, jotka tutkimusmittari sisältää, toteutuvat Heräämön kivunhoitotyön kirjaamisessa.

Toisessa osassa tutkimuksia tarkastellaan, miten potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys toteutuvat heräämön kivunhoidon kirjaamisessa. Tässä osiossa käydään läpi potilaslähtöisesti ja yksilöllisesti kirjattua kivunhoitotyötä, potilaan kertomana.

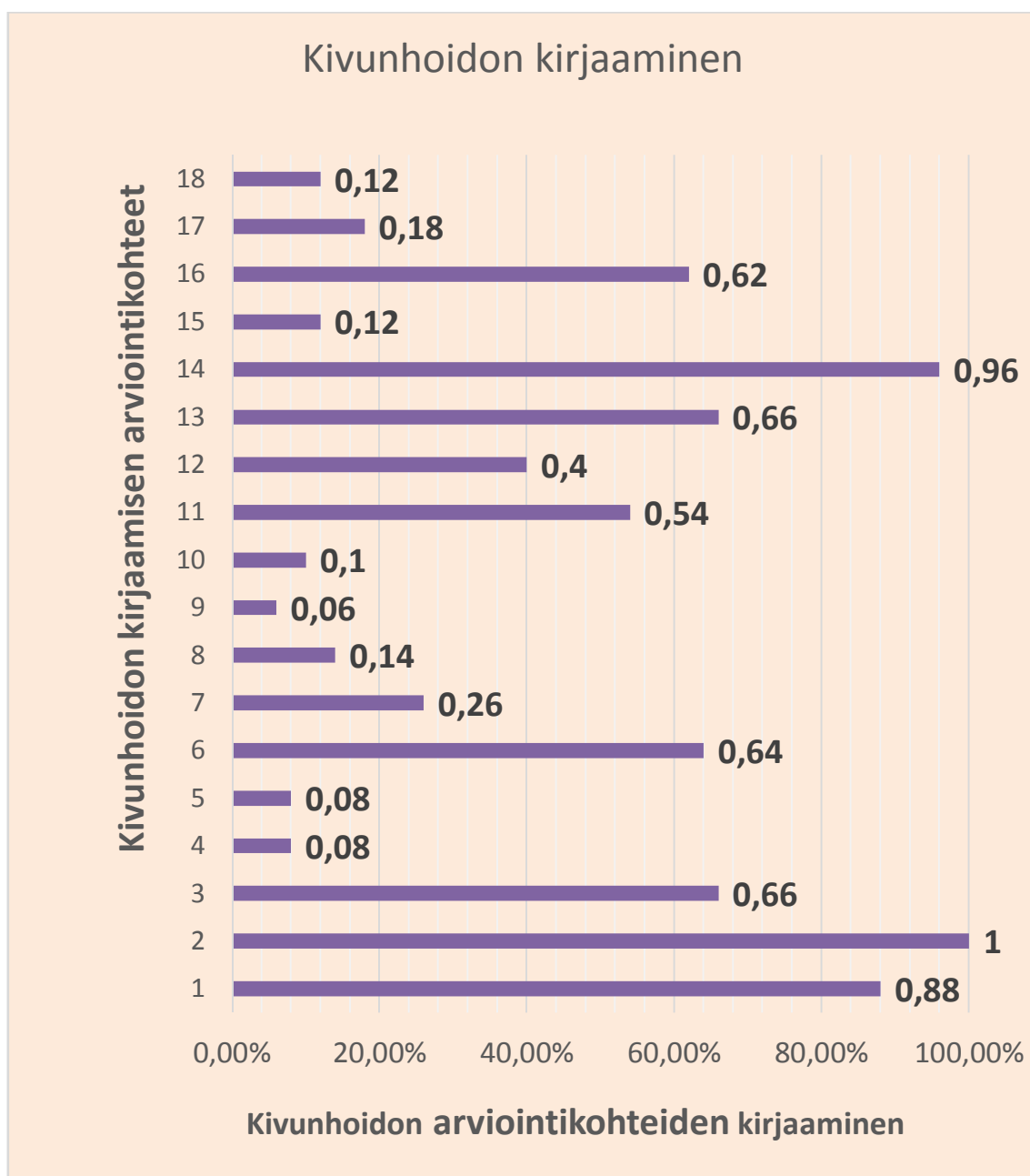
7.1.1 Kivunhoidon kirjaaminen hoitotyön suosituksen osa-alueilla

Tutkimus tulosten mukaan heräämön kivunhoidon kirjaaminen jakautui osa-alueiltaan poikkeavasti toisistaan. Potilaan sairaudet ja tehty toimenpide ja kipu heräämään saapuessa sekä lääkkeen antoreitti, antaja ja ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käyttö oli kirjattu yli 60 % asiakirjoista. Heikoiten oli kirjattu potilaan omaa kipuarviota, kivun laatua ja sijaintia sekä lääkehoidon vaikutuksia ja kivunhoidon tuloksia potilaan poistuessa heräämöstä. Lisäksi heikosti oli kirjattu kivun arvioinnin säännöllisyys ja potilaan saaman ei-lääkkeellisen kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi.

Taverner ja Prince (2013) ovat kanadalaisessa tutkimuksessa arvioineet hoitajien tekemää potilaan kivun arvioimista ja kirjaamista neuropaattisesta kivusta postoperatiivisilla potilailla. Arviointi keskittyi kirjattuihin neuropaattisen kivun merkkeihin välittömässä leikkauksen jälkeisessä vaiheessa. Hoitajat olivat saaneet koulutusta potilaan neuropaattisen kivun arvioimiseksi käyttämällä luotettavaa ja vahvistettua 7-osaista DN4-mittaria. Tutkimus toteutettiin 450 potilaan asiakirjat läpi käymällä ja näistä 423 otettiin lopulta mukaan tutkimukseen (n = 423). Nämä 423 asiakirjaa sisälsivät kirjauksia neuropaattisen kivun merkkien arvioimisesta hoitajien toimesta. Hoitajien arvioita löytyi 24 % (n = 102). Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa kipua oli potilaan saapuessa heräämään kirjattu 66 %, joista vain 8 % potilaan subjektiivisena kipuarviona.

Tavernaerin ja Prince (2013) tutkimustuloksen mukaan 24 % sisälsivät 1-3 neuropaattisen kivun merkin arvioinnin 3 ensimmäisen päivän aikana potilaan leikkauksen jälkeen. Kipua oli tämän opinnäytetyön tutkimuksen mukaan kirjattu säännöllisesti koko heräämössä olo ajan vain 14 % potilaista.

Tavernaerin ja Prince (2013) kanadalaiset tutkimustulokset osoittavat, että hoitajien on mahdollista arvioida säännöllisesti postoperatiivisen potilaan neuropaattista kipua 7-osaista DN4-mittaria käyttämällä. Kuten myös tässä opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa oli selkeästi huomattavissa kivunhoidon säännöllisen kirjaamisen ja kipumittarin käytön välillä yhteys. Jos kipumittaria käytetään, arvioidaan kipua säännöllisemmin myös silloin, kun hoitaja oli vaihtunut kesken potilaan heräämöhoidojakson. Kipumittarin käyttö luo selkeän ja yhtenäisen kivun arvioimistavan hoitajien vaihtumisesta riippumatta.



Taulukko 10: Kivunhoidon arviointikohteiden kirjaamisen prosentuaaliset tulokset

Suomalaisessa tutkimuksessa Tiisanen ym. (2010) ovat halunneet luoda minimikriteerit perioperatiiviseen kirjaamiseen. Heidän mukaansa kirjaamisen tulee pohjautua hoitotyön prosessin eri vaiheisiin. Kivun hoito näkyy kirjaamisen minimikriteereissä kivun arvioimisena, ennaltaehkäisemisena, hoitona ja potilaan kiputuntemuksen kirjaamisena potilaan hoidon päätyttyä. Lisäksi on mainittu potilaan ohjaus ja potilaan subjektiivisen kokemuksen kirjaaminen. Kivun hoitoa oli tässä opinnäytetyössä tutkittu kivun säännöllisen arvioinnin, potilaan tulo- ja lähtöstatuksen sekä potilaan oman kipuarvion kirjaamisen kannalta. Tutkimustuloksien mukaan kipua oli kirjattu säännöllisesti 14 % potilaista. Tulostatus oli kirjattu 66 % potilaista eli potilaan kipu oli kirjattu joko NRS tai potilaan omin sanoin potilaan saapuessa heräämään. Näistä vain 8 % sisälsi potilaan subjektiivisen kipuarvion kirjaamisen. Lähtöstatus, jossa tuli olla kirjattuna sekä NRS että potilaan subjektiivinen kokemus kivusta, oli kirjattu 12 % potilaista. Tutkimustulokset eivät siis minimikriteerien ja tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksien mukaan vastaa toisiaan.

Idvall ja Ehrenberg (2002) ovat tutkineet hoitotyön kirjaamista postoperatiivisen kivun hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitotyön postoperatiivisen kivunhoidon kirjaamista ja hoitajien havaintoja kirjauksista suhteessa ajankohtaisiin säädöksiin ja ohjeistuksiin. Tutkimuskohteena oli hoitotyön kirjaukset leikkauksen jälkeisestä hoidosta toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tutkimukseen otettiin mukaan 172 potilaan kirjaukset, joita olivat kirjanneet yhteensä 63 eri rekisteröityä hoitajaa kirurgisilla osastoilla ruotsissa eräässä alueellisessa keskussairaalassa. Kirjaukset käytiin läpi ja arvosteltiin sisällöllisesti ja kokonaisvaltaisesti pohjautuen leikkauksen jälkeisen kivun hoidon säädöksiin ja ohjeistuksiin. Hoitajilta kysyttiin myös yhtyvätkö kirjaukset ajankohtaisiin säädöksiin ja ohjeistuksiin. Tulokset osoittivat, että kivun arviointi perustui pääosin potilaan itsearvioon, mutta alle 10 % kirjauksista sisälsi merkintöjä systemaattisesta ja säännöllisestä kivun arvioinnista kipumittarilla. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksien mukaan taas säännöllinen kipuarvio oli kirjattu 14 %:lla ja kipumittaria oli käytetty kivun arvioinnissa säännöllisesti 26 %:lla, vaikka kipumittari oli valittu usealla eli 64 %:lla.

Ruotsalaistutkimuksella Idvall ja Ehrenberg (2002) osoittivat myös, että kivun sijainti oli kirjattu leikkauksen jälkeen 50 % potilaista ja kivun laatu 12 %:lla kun taas tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan kivun sijainti oli kirjattu vain 10 % potilaista ja kivun laatu 6 %:lla potilaista. Idvall ja Ehrenberg (2002) mukaan noin 73 % hoitajista oli sitä mieltä, että postoperatiivisen kivun hoidon kirjaaminen vastasi ajankohtaisia säädöksiä ja ohjeistuksia. Tulokset kuitenkin osoittivat, että merkittävä virhe esiintyy hoitajien kirjauksissa koskien postoperatiivista kivun hoitoa. Hoitajat eivät olleet tästä siis tietoisia, koska eivät tienneet kirjauksien poikkeavan ajankohtaisista säädöksistä ja ohjeistuksista.

Uski-Tallqvistin (2005) suomalaistutkimuksen tutkimustuloksista ilmeni, että postoperatiivisen kivun kirjaamisessa tulisi huomioida etenkin määräykset leikkauksen jälkeisestä kipulääkityksestä ja epiduraali-infuusion kanssa käytettävät erilaiset lääkkeet sekä annettu lääke, antoai-ka ja sivuvaikutukset. Kivunhoidon arvioinnissa olisi kirjattava kipulääkitykseen liittyvät lää-kärin konsultaatiot ja kipulääkityksen vaikuttavuuden kirjaaminen potilaan omana kokemuk-sena. Tämän opinnäytetyön tutkimuksessa kivun hoitamiseksi käytetty annettu lääke oli kir-jattu oikein vain 54 % potilaista ja antoajankohta 40 % potilaista. Kipulääkityksen vaikutta-vuutta potilaan omana subjektiivisena kokemuksena oli kirjattu tämän tutkimuksen sisällön-analyysin mukaan vain yhden kerran yhteen lomakkeeseen (n = 50), kun oli kirjattu: ”Sanoo nyt lääkkeiden auttavan kipuun”. Suomalaistutkimuksen suositus postoperatiivisesta kirjaami-sesta ja tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulokset vastaavat aihe-alueiltaan toisiaan eli mitä suositellaan kirjattavaksi ja mitä on tutkittu kivunhoidon kirjaamisen arviointi-mittarilla, mutta annetut suositukset ovat toteutuneet tulosten mukaan vain osittaisesti.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa Lippert ym. (2011) arvioivat leikkauksen jälkeisen kivun kirjaamista vastasyntyneillä, jotka olivat kärsineet olkavarren plexus hermon halvauksesta (N = 75). Tulosten mukaan lääkehoidossa 64 potilaalta ei ollut asianmukaisesti arvioitu uudelleen kipua. 51 potilaalla eli 68 % oli ainakin yksi väärin lääkitseminen sairaalahoitojaksonsa aikana. Näistä 51 potilaasta 42 potilasta eli 82 % oli alilääkitty sairaalahoitojakson aikana. 10 % poti-lasta oli yllilääkitty vähintään kerran hoitojakson aikana. Yli- sekä alilääkittyjä potilaita oli 2 %. 20 % ajasta oli kirjattu virheellisesti kipumittarin käyttö ja kipumittaria oli käytetty ainakin kerran väärin hoitojakson aikana yhteensä 13 potilaalla eli 17 %. Vaikutuksettomien kivun hoi-don vuoksi 5 % potilaista olivat pidempään sairaalassa. 69 potilasta 75:sta saivat kipulääkitys-reseptin ja heistä 36 potilasta eli 52 % saivat väärän annostuksen. Näistä 36 väärin annostel-luista lääkkeistä 23 oli alilääkittyjä, 11 yllilääkittyjä, 1 yli- sekä alilääkittyjä ja 1 liian usein lääkitetty. Tämän opinnäytetyö tutkimustuloksien mukaan annettu lääke oli kirjattu kriteerien mukaisesti 54 % potilaista ja lääkehoidon vaikutuksia oli seurattu 12 % potilaista jokaisen lääkkeen annon jälkeen. Lääkehoidon kirjaamisessa ilmenevät virheet voivat pahimmillaan johtaa yhdysvaltalais tutkimuksessa ilmenneiden tutkimustulosten mukaisiin yli- ja alilääkit-semistilanteisiin sekä vaikutuksettomaan kivunhoitoon ja tästä johtuen myös pidempään he-räämöhoitojaksoon. Tämän vuoksi kivun lääkehoidon täsmällinen kirjaaminen ja vaikutusten seuranta ovat tärkeitä asioita potilaan parhaan mahdollisen kivunhoidon antamisen kannalta.

7.1.2 Yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys kivunhoidon kirjaamisessa

Tässä tutkimuksessa toteutetussa laadullisessa sisällönanalyysissä kivunhoidon kirjaamisessa yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys ilmenivät potilaan subjektiivisen kipuarvion kirjaamisena. Tämä yläkategoria sisältää useita alakategorioita, joita muodostui kivunhoidon kirjaamisen pohjalta.

Alakategorioiksi muodostuivat potilaan oma arvio kivuttomuudesta kirjattu, potilaan oma arvio kivun sijainnista ja laadusta kirjattu, potilaan oma arvio lääkehoidon vaikutuksesta kirjattu sekä potilaan laadun ja sijainnin kirjaaminen tai vain potilaan kivun sijainnin kirjaaminen sekä lisäksi potilaan kivunhoidon vaikutusten seurannan kirjaaminen.

Haslam ym. (2011) ovat kanadalaisessa tutkimuksessa retrospektiivisellä sisällönanalyysillä tutkineet kipumittarin käyttöä/ kivun kuvailua kriittisesti sairailta potilailla, jotka eivät ole kenneet itseilmaisua (n = 679). Tutkimuksesta nousi esiin kolme suurempaan kategoriaan, joita olivat potilaan fysiologisen tilan kuvaus, kivuttomuuden kuvaus ja potilaan käytöksen kuvaaminen. Potilaan käytöstä oli kuvailtu 232 kuvauksessa eli 34 %:ssa. Fysiologista kuvailua sisälsi 93 kuvausta, mikä vastaa 14 % kokonaismäärästä. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksien mukaan kipukäyttäytymistä olisi tarvinnut arvioida vain yhdeltä potilaalta, jolla oli kirjattu tulostatukseen: ”ei vastaa puhutteluun”. Potilaalta ei kuitenkaan ollut arvioitu kipukäyttäytymistä vaikka potilaalta ei ollut saatu kysyttyä omaa subjektiivista kipukokemusta. Kaikilta muilta 49 potilaalta olisi kirjauksien mukaan voitu kirjata myös oma subjektiivinen kokemus kivusta, mutta se oli kirjattu vain 8 % potilaista.

Haslamin ym. (2011) kanadalaistutkimuksen mukaan potilas oli kuvailtu kivuttomaksi 117 kuvauksessa eli 17 %:ssa. Myös kipulääkityksiä oli kirjattu annetuiksi ilman kivun arvioimista 177 eli 17 %:ssa. Kivun arviointi ja kipulääkityksen käyttö ennen tietoista kipeyttävää toimenpidettä oli kirjattu toteutetuksi 30 eli 4 %:ssa kuvauksista. Tuloksia yhdistää tämän opinnäytetyön tutkimuksen kanssa potilaan kivuttomuuden kirjaaminen. Tässä tutkimuksessa 18 % tarkastelluista heräämölomakkeista sisälsi kuvauksen potilaan kivuttomuudesta kun taas Haslam ym. (2011) tutkimustulosten mukaan kivuttomuutta oli kirjattu 17 % kuvauksista.

Suomalaistutkimuksessa Kauppi (2013) tutki sisällönanalyysillä leikkauksen jälkeisen kivunhoidon kirjaamista sydänleikattuilta potilailta kirurgisella vuodeosastolla (n = 55). Kivun hoidon kirjaukset jakautuivat analyysiyksiköihin kivun hoitoa kuvaaviksi yksiköiksi, kivun arviointia ja kivun kuvausta sisältäviksi yksiköiksi ja kivun vaikutuksia sisältäviksi yksiköiksi. Kivun hoidon menetelmiä olivat lääkehoito ja lääkkeettömät hoitomenetelmät. Kivun ja kivunhoidon arviointi jakautui kivun arvioinnin lisäksi kivusta johtuvien vaikutusten arviointiin ja kivunhoidon vaikutusten arvioimiseen. Tutkimuksen perusteella voitiin todeta, että kivunhoidon kirjaamisen minimivaatimukset eivät täyttyneet tietojärjestelmään suoritettussa kirjaamisessa. Lisäksi kirjaamisen laatu vaihteli paljon. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa sisällönanalyysillä yksilöllisyyttä ja potilaslähtöisyyttä tarkasteltuna muodostui myös kategorioita liittyen kivunhoidon vaikutusten seurantaan.

Heikkilän (2013) tutkimuksessa kuvattiin avosydänleikattujen potilaiden pitkittyneen kivun syitä ja kivun hoitotyön kirjaamista (n = 50). Tutkimustuloksen mukaan hoitotyön kivunhoidon kirjaaminen osoittautui erittäin heikoksi, sillä 34 % potilaista ei ollut minkäänlaista kirjausta kivusta tai kivunhoidosta koko sairaalahoitajakson aikana. Kivun voimakkuus oli kirjattu satunnaisesti vain joidenkin kohdalla ja kipumittarin arvio oli vain 1 kerran kirjattu. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen mukaan kivun laatu oli kirjattu myös hyvin satunnaisesti vain 6 % potilaista ja kivun sijainti 10 % potilaista. Kivun voimakkuutta puolestaan oli arvioitu NRS-kipumittarilla vain 8 % potilaista ja toisella 8 % potilaista oli kirjattu kivun voimakkuus sekä NRS että subjektiivisena kipuarviona. Yhteensä kivun voimakkuutta oli kirjattu siis 16 % potilaista joko NRS tai subjektiivisena kipuarviona tai molempina. Heikkilän (2013) tutkimuksen mukaan kivun kestoa tai lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä ei ollut kirjattu kertaakaan. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksien mukaan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö oli kirjattu 62 % potilaista. Kuitenkin niiden vaikuttavuutta oli arvioitu vain 18 % potilaista.

Heikkilän (2013) tutkimuksen mukaan kirjauksissa oli vain muutama merkintä potilaan omasta kipuarviosta, kuten myös tämän opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat, että potilaan oma kipuarvio oli kirjattu vain 8 % potilaista. Heikkilän (2013) mukaan myös kipulääkkeen vaikuttavuudesta oli vain muutama merkintä. Tämäkin tutkimustulos vastaa tämän opinnäytetyön tuloksia, joiden mukaan kipulääkkeen vaikutuksia oli arvioitu vain 12 % potilaista. Heikkilän (2013) tutkimuksen mukaan kirjaaminen oli kaikin puolin epäsystemaattista ja kirjaaminen selvästi oli riippuvaista siitä, kuka oli kirjaukset tehnyt. Tämänkin opinnäytetyön tutkimustuloksissa oli huomattavissa selkeästi laatu eroja siinä, kuka kirjauksen oli tehnyt. Heikkilän (2013) potilasasiakirjoista huomattiin, ettei yhdessäkään ollut käytetty kipumittareita. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksien mukaan 8 % lomakkeista sisälsi kipumittari arvioita kivusta. Heikkilän (2013) tutkimustulos kipumittarin käytöstä on jopa huonompi tulos kuin oli Idvall ja Ehrenberg (2002) tutkimuksessa, jossa alle 10 % potilailla oli kipua arvioitu kipumittarilla. Heikkilän (2013) tulosten mukaan 56 % eli 28 asiakirjassa ei ollut lääkehoitoa kirjattu ollenkaan. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset taas osoittivat, että jokaisessa heräämölomakkeessa oli edes jokin kirjausmerkintä lääkehoitoon liittyen.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 211) mukaan eettisyys tutkimuksessa on kaiken tutkimustoiminnan ydin. Tutkimusetiikka on normatiivista etiikkaa eli sen avulla pyritään vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulisi noudattaa.

Tutkimusaiheen valinta on jo itsessään tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkimusetiikassa yhtenä pääperiaatteena on tutkimuksen hyödyllisyys. Tutkimussuunnitelmassa tulee määritellä ja arvioida tutkimuksen tuottaman tiedon hyödynnettävyys hoitotyön laadun kehittämiseksi. Tutkijan tulee pyrkiä kaikkien tutkimukseen liittyvien mahdollisten haittojen minimointiin hyvällä suunnittelulla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-220; Mäkinen 2006, 99-102.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 220-221) mukaan hoitotieteellisissä tutkimuksissa hyödynnetään nykyään yhä enemmän erilaisia hoitotyön asiakirjoja, potilasdokumentteja sekä rekistereitä tutkimusaineistona. Tällaisissa tutkimuksissa asiakkaat ja potilaat eivät ole hoitosuhteensa aikana tienneet, että heidän tietonsa tulevat myöhemmin tutkimuskohteeksi, mikä on eettisesti tutkimuksen kannalta haasteellista. Tässä tapauksessa tietojen luovuttamiseen liittyvä eettinen arviointivastuu jää tutkimusluvan myöntäjälle. Tällöin on tärkeää huolehtia kaikkien henkilöiden identifiointitietojen salassa pysymisestä. Lisäksi on tärkeää muistaa kaikkien potilaiden tunnistetietojen poistaminen niissä tapauksissa, että dokumentit luovutetaan tutkijoille.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia ja arvioida heräämön potilasasiakirjoista kivun hoidon kirjaamista. Potilasasiakirjat tutkitaan sairaalan tiloissa valvotusti, eikä tutkija saa viedä niitä mihinkään mukanaan. Tutkija allekirjoittaa HUS henkilökohtaisen vaitiolo-, salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen, jonka nojalla sitoudutaan vaitiolovelvollisuuteen kaikkiin nähtyihin potilasasiakirjojen tietoihin liittyen.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 221-223) kuvaavat tätä anonymiteetillä, joka tarkoittaa, ettei tutkimuksessa käytettyjä asiakirjoja tai niiden sisältämää tietoa saa antaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Anonymiteetti voi olla myös organisaatiotasosta, kuten tässä opinnäytetyössä. Se tarkoittaa, että tutkimuslupaa haettaessa on selvitettävä, saako käyttää organisaation tai esimerkiksi tutkimukseen osallistuvan osaston nimeä tutkimusraportissaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on pitää salassa yksittäiset nimet. Tämä asia on hyvä varmistaa Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 222-223) mukaan viimeistään siinä vaiheessa, kun tutkimuslupaa hakee. Organisaation salassa pitämiseksi on muistettava peittää sen nimet myös liitetiedostoina olevista tutkimuslupalomakkeista.

Eettisen toimikunnan lausuntoa ei yleensä silloin tarvita, kun tutkimuskohteena on hoitohenkilökunta. Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä on Heräämöhoitohenkilökunta, koska heidän tekemiään kivunhoidon kirjauksia arvioidaan. Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää iso otos potilasasiakirjoista systemaattisella otannalla valittuina (n = 50).

Tutkimusaineiston käsittelyn tulee olla anonyymiyttä varjelevaa jokaista osapuolta kohtaan. Asiakkaan, henkilökunnan ja organisaation tietoja ei saa tuoda millään lailla ilmi opinnäytetyössä. Mitään potilasasiakirjoja ei saa viedä pois sairaalan tiloista tutkimuksen ja asiakirjojen analysoinnin aikana. Tällä tavoin turvataan salassa pysyväksi myös heräämön lomakkeiden hoitokertomuksien sisältämä tieto. Kuten ei potilaiden niin ei myöskään hoitohenkilökunnan nimiä tai nimikirjaimia kopioida opinnäytetyöhön. Kaikki tieto pysyy nimettömänä.

Tutkimusten kohteisiin ja osallistujiin liittyvien eettisten ohjeiden ja määritysten rinnalla on syytä huomioida myös tutkimusraportin laatimiseen liittyvät haasteet. Tällaisia ovat Hirsjärven ym. (2012, 231-233) mukaan tulosten sepittäminen. Tällöin tutkimuksen tulokset eivät vastaa todellisuutta, eikä tutkijalla ole lainkaan aineistoa tulostensa perusteiksi. Tutkija saattaa muuttaa tai kaunistella saamiaan tuloksia. Tulosten luotettavuutta lisää siis tutkimuksen eri vaiheiden tarkka kuvaus tutkimusraportissa. Tutkimuksen tuloksia ei saa kuvailla tai pohtia tuloksista kertovassa kappaleessa vaan ne tulee kirjoittaa sinne pelkistetysti. Tulosten arvioinnilla tulee olla oma kappaleensa, joka sisältää saatujen tulosten pohdintaa. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija kirjoittaa myös kaikki kielteiset tulokset ja raportoi mahdolliset puutteet tarkasti. Kaiken tutkimusraportin tiedon tulee olla kirjoittajan omaa tekstiä eikä plagioitua.

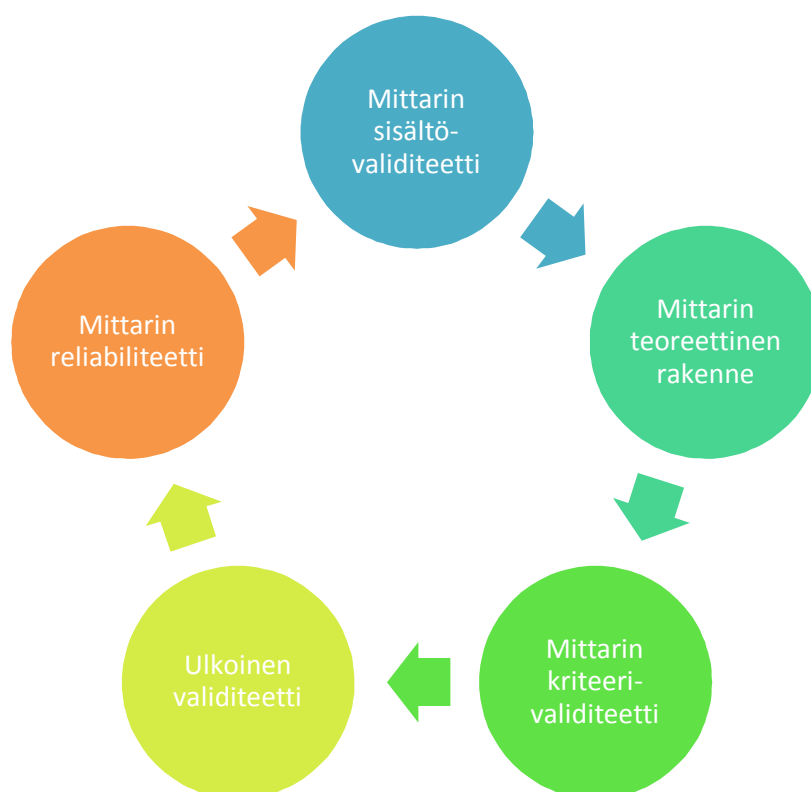
Tutkimusta tehdessä on aineistoa kerättävä riittävästi, jotta tietopohja on riittävä. Hirsjärven ym. (2012, 189) mukaan kaikkeen valmiina saatuun tekstiaineistoon on suhtauduttava kriittisesti ja niiden luotettavuutta on punnittava. Tekstissä mainitaan myös lähdekritiikki. Tässä opinnäytetyössä on paneuduttu etsimään tietoa monipuolisesti sekä internetistä että kirjoista. Lähteiden käytössä tarkistettiin lähteen luotettavuus ennen sen valitsemista käytettäväksi tässä työssä. Jos tieto oli vanhentunutta tai muihin lähteisiin täysin sopimatonta ja poikkeavaa, ei sitä ole tähän työhön hyväksytty. Lisäksi kaikista tässä työssä käytetyistä lähteistä löytyy tekijä ja lähteen tiedot.

Tutkimuksella on tarkoitus luoda mahdollisimman totuudenmukaista ja luotettavaa tietoa. Luotettavuutta arvioidessa käytetään reliabiliteetti- ja validiteetti-käsitteitä (=luotettavuus) vrt. laadullinen ja määrällinen. Validiteetti tarkoittaa määrällisessä tutkimuksessa sitä, että tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa määrällisessä tutkimuksessa tutkimustulosten pysyvyyttä. Esimerkiksi tutkimusmittarissa validiteetti tarkoittaa oikeanlaista mittaria, koska väärällä mittarilla saadaan vääränlaisia tuloksia. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että eri mittauskerroilla saadaan samanlaisia tuloksia eri mittaajien mittaamana. (Kananen 2011, 118-121.)

Monipuolisuutta tämän opinnäytetyön tutkimukseen tuo triangulaation käyttäminen. Triangulaation avulla voidaan samaa ilmiötä tutkia eri menetelmillä. Tässä opinnäytetyössä käytetään yleisintä triangulaation muotoa eli menetelmätriangulaatiota, johon on yhdistetty sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen tutkimusote. Triangulaatio lisää tutkimuksen validiteettia, koska asiaa tutkitaan monesta eri näkökulmasta. Jos triangulaatio antaa eriäväisiä ja ristiriitaisia tutkimustuloksia voi syy olla mittarin heikkoudessa tai virheellisessä tulkinnassa. (Kananen 2011, 124-126.)

Tutkimusmittarina tässä opinnäytetyössä toimi tämän opinnäytetyön tutkijan kehittämä kivunhoidon kirjaamisen arviointi-mittari. Kankkunen ym. (2009, 153) mukaan tutkimusmittaria arvioidessa on huomioitava, että sen luotettavuus muodostuu useasta eri asiasta. Mittarin luotettavuus jaetaan erilaisiin osa-alueisiin (Kuvio 23). Sisältövaliditeetti on perusta koko tutkimuksessa. Tämä johtuu siitä, että vääränlainen mittari antaa epäluotettavia tuloksia myös silloin, vaikka muut osa-alueet tutkimuksessa olisi luotettavia.

Mittarin teoreettista rakennetta kannattaa arvioida silloin, kun tutkimusta varten on kehitetty uusi mittari, kuten tässä opinnäytetyössä. Mittarin teoreettinen rakenne onkin luotu käyttäen hoitotyön tutkimussäätiön suositusta aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhyt kestoisen kivun hoitotyöstä. (Kankkunen ym. 2009, 153.)



Kuvio 23: Tutkimusmittarin luotettavuuden osa-alueet (mukaillen Kankkunen ym. 2009, 152-157)

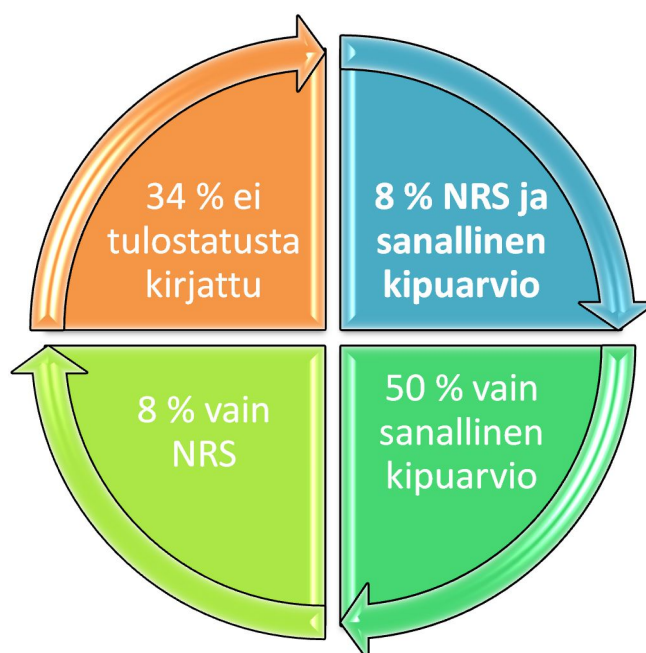
Tutkimusmittarin kriteerivaliditeetti eli samanaikaisvaliditeetti on tilanne, jossa olisi käytössä kaksi eri mittaria tutkimustulosten ollessa kuitenkin samansuuntaiset. Tutkimusmittarin ulkoinen validiteetti tarkoittaa väliin tulevia muuttujia, otosta tai katoa muuttujissa, joilla on vaikutuksia tutkimuksen tuloksiin. Tällaisia muuttujia ovat esimerkiksi tutkittavat, joilla on mahdollista vaikuttaa tutkimustuloksiin heikentävällä tai vahvistavalla tavalla. (Kankkunen ym. 154-155.) Tässä opinnäytetyössä tällaisia muuttujia voisivat olla tutkimuksen tekijä, joka suoritti otannan ja opinnäytetyön kaikki vaiheet.

7.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Heräämön kivunhoidon kirjaamisen tulosten johtopäätökset

Heräämön kirjaamisen osa-alueiden kirjaamisessa oli paljon vaihtelevuutta. Kivunhoidon kirjaamisessa oli paljon todella tarkkoja huomioita ja potilaan omaa kipuarviota kuvaavaa tekstiä. Tehty toimenpide oli kirjattu poikkeuksetta 100 % lomakkeista selkeästi, sille varattuun kohtaan. Sairaudet puolestaan oli kirjattu 88 % lomakkeista.

Tulostatukseen oli kirjattu 66 % kipuarvio heräämöhön saapuesssa. Tulostatukseen oli vain 8 % kirjattu sekä NRS että sanallinen arvio potilaan kivusta. 8 % heräämölomakkeista oli kirjattu NRS ja 50 % sanallinen. Heräämön minimikriteereissä kuitenkin määritellään, että tulostatuksessa on kysyttävä kipua potilaalta ja se on kirjattava (Kuvio 24).



Kuvio 24: Tulostatuksen kirjaaminen heräämölomakkeisiin määrällisen tutkimuksen tuloksena

Potilaan omaa kipuarviota oli kirjattu niukasti vain 8 %. Tämä tulos antoi automaattisesti pisteet myös kohtaan 5, jossa myös 8 % tuloksena. Useissa lomakkeissa oli tulostatus kohdissa sanallista kirjaamista, mutta ne eivät olleet potilaan subjektiivista kokemusta kuvaavia tai lainausmerkein kirjattuja. Yhdeltäkään potilaalta ei ollut arvioitu kipukäyttäytymistä. Tämä johtuu osittain myös siitä, että potilaan tulisi olla tajuissaan ja hereillä heräämään siirtyessään ja näin ollen yleensä potilaalta saataisiin sanallinen ja numeerinen oma arvio kivustaan.

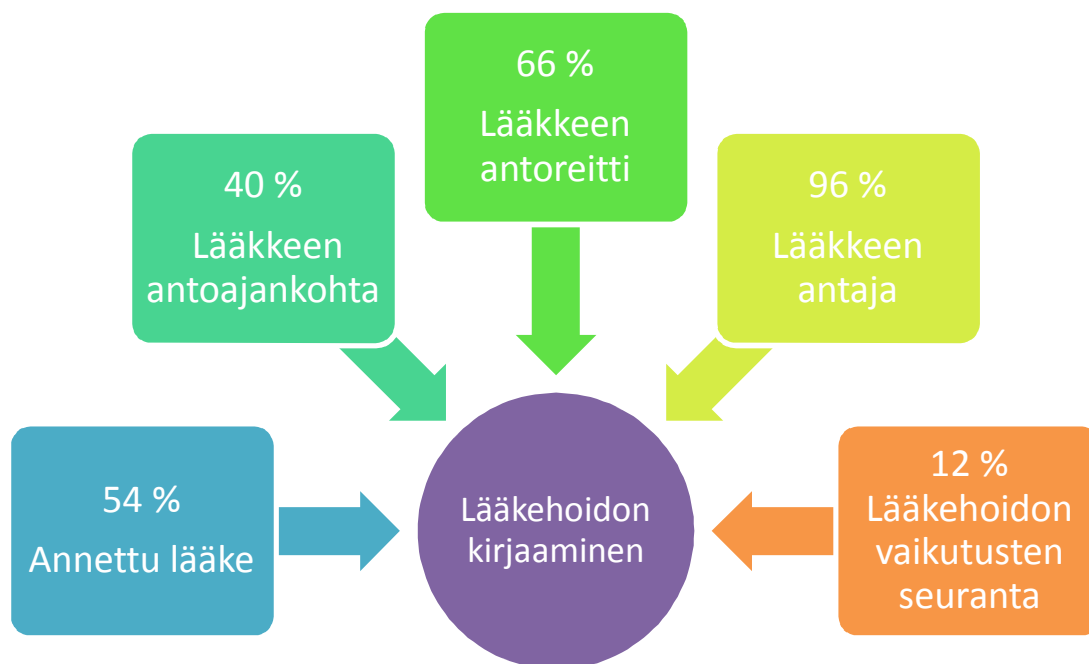
Kipumittari valitaan enemmän kuin joka toisessa lomakkeessa, 64 %, mutta valittua kipumittaria käytetään valintaan nähden harvoin, vain noin 26 % lomakkeessa. Kipumittarin valintaa ja valitun kipumittarin käyttöön vaikuttivat tässä tutkimuksessa epiduraalipuudutuksen saaneet potilaat, joiden kivunhoidon kirjaamisen oletetaan olevan kirjattuna selkeästi kipumittarin valinnan ja kipumittarin käytön osalta epiduraalilomakkeeseen, joten epiduraalipuudutuksen saaneet potilaat saivat automaattisesti molemmista kohdista 1 pisteen. Tämä on määritetty myös heräämön kirjaamisohjeissa, joiden mukaan epiduraalipuudutuksen saaneilla potilailla kivun taso tulee kirjata epiduraalikaavakkeeseen.

Kipua oli kirjattu säännöllisesti 14 % lomakkeista. Tähän oli kriteerinä se, että oli kirjattuna sekä tulo- että lähtöstatus ja heräämössä olo aikana korkeintaan 30 min välein. Kivun laatu oli kirjattu vain 6 % potilaista ja kivun sijainti 10 % potilaista (Kuvio 25). Kun kivun sijainti ja laatu oli kirjattu, oli kirjaus aina potilaan oma arvio kivusta. Tällöin kirjaaminen oli tarkkaa ja se antoi kattavan kuvan potilaan kivusta. Näissä lomakkeissa, joissa potilaan oma kipuarvio oli kirjattu ja kirjaaminen oli säännöllistä, oli kivunhoidon vaikutusten seuranta myös kriteerien mukaista. Johtopäätöksenä voidaan siis ajatella kivunhoidon kirjaamisen laadulla olevan yhteys kivunhoidon paranemiseen ja potilaan kivun säännölliseen arvioon sekä kivunhoidon vaikutusten seurantaan.



Kuvio 25: Kivunhoidon osa-alueiden kirjaaminen määrällisten tulosten mukaan (%)

Annettu lääke oli kirjattu 54 % lomakkeista kriteerien mukaisesti. Kaikissa lomakkeissa, joissa lääkehoidon kirjaaminen ei täyttänyt kriteereitä, 46 % lomakkeista, oli puutteita lääkkeen anto määrään kirjaamisessa. Oli siis jätetty kirjaamatta oliko lääkettä annettu esimerkiksi mg, ml vai g. Lääkkeen antoajankohta oli kirjattu 40 % lomakkeista. Useissa lomakkeissa kirjauksia oli tehty sekä sanallisen kirjaamisen lomaan että ruudukkoon omille riveilleen. Sanallisen tekstin lomaan kirjatut lääkkeenannot oli selkeästi kirjattu, myös antoajankohta oli merkitty jokaiseen. Ruudukkoon kirjatut lääkkeet ja lääkkeen annot eivät noudattaneet samaa linjaa, vaan poikkesivat toisistaan niin ajallisesti tulkittuna kuin merkintöjenkin puolesta (Kuvio 26).



Kuvio 26: Lääkehoidon kirjaaminen määrällisen tutkimuksen tulosten mukaan

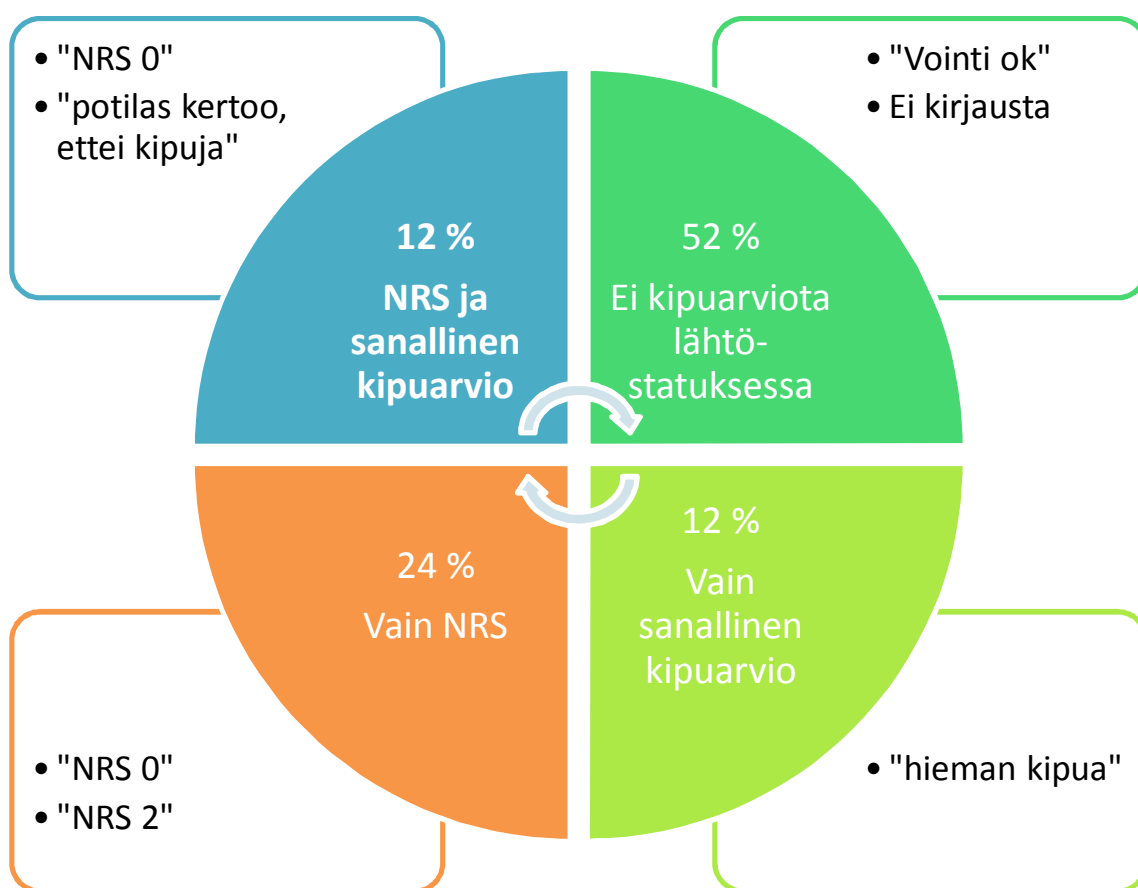
Lääkkeen antaja eli heräämöhoitaja oli kirjattu 96 % lomakkeista. Yhdestä lomakkeesta puuttui heräämöhoitajan nimet kokonaan ja toisesta lomakkeesta puuttui heräämöhoidon aloittaneen hoitajan nimi. Heräämöhoitajien nimien kirjaaminen heräämölomakkeeseen on määritetty myös heräämön kirjaamisohjeissa tarkasti ja yhteisen kirjaamiskäytännön mukaan kirjaaminen onkin näin yhteneväistä pienistä puutteista huolimatta. Lääkkeen antoreitti oli kirjattu 66 % lomakkeista (Kuvio 26).

12 % lomakkeista sisälsi kirjauksia lääkehoidon vaikutusten seurannasta jokaisen lääkkeen annon jälkeen kriteerien mukaisesti. Lääkehoidon vaikutuksen seurannassa on selviä puutteita. Lisäksi 8 potilaista oli poistunut heräämöstä ilman kipu- tai lääkevaste arviota vaikka olivat saaneet iv, im tai po lääkkeitä.

Heräämön kirjaamisohjeissa määritellään myös, että potilaan saadessa lääkettä heräämössä iv:sti on lääkkeestä riippuen olemassa seuranta-aika, ennen osastolle siirtymistä. Lisäksi on tarkennettu, että opiaattien kohdalla odotetaan lääkevastetta ja laskeeko kipu. Tämän lisäksi on vielä huomio, että tulisi seurata potilasta vielä noin 20-30 minuuttia. Yhteisestä linjauksesta huolimatta lääkehoidon vaikutusten seurannan kirjaamisessa on kivunhoidon kannalta oleellisia puutteita (Kuvio 26).

Ei-lääkkeellisen kivunhoidon käyttö oli kirjattu 62 % lomakkeista. Ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien vaikuttavuutta oli arvioitu vain 18 % :lla potilaista. Vain 29 % ei-lääkkeellistä kivunhoitoa saaneesta potilaasta sai siis myös arvioida kivunhoito menetelmän vaikuttavuutta.

Potilaista 12 % oli kirjattu loppustatus heidän poistuessaan heräämöstä. Kriteerien mukaan kirjattuna tuli olla sekä NRS että sanallinen arvio potilaan kivusta. 24 % potilaalla oli kirjattu vain NRS lähtiessä ja 12 % oli kirjattuna vain sanallinen arvio kivusta. 52 % potilaista jäi siis ilman kipuarviota poistuessaan heräämöstä. Heräämön kirjaamisohjeiden mukaan aina ennen osastolle siirtoa on tarkistettava, että ”*potilaan subjektiivinen vointi (=potilaan oma arvio), kivun määrä*” on kirjattuna lomakkeeseen. Siirtokriteerien mukaan potilaan: ”Kipu on ollut VAS/NRS asteikolla <4 vähintään 30 minuutin ajan”. Kirjaamisohjeiden kriteerit eivät täyty kuin 12 %:lla. Kirjaamisessa tulee siis osastonkin ohjeistuksen mukaan olla kirjattuna potilaan subjektiivinen vointi eli potilaan oma kipuarvio ja kivun määrä, joka on kysyttävä myös siksi, että siirtokriteerit täyttyvät (”..VAS/NRS asteikolla <4 vähintään..”) (Kuvio 27).



Kuvio 27: Potilaan lähtöstatuksen kirjaaminen määrällisen tutkimuksen tuloksien mukaan

Heräämön kivunhoidon kirjaamisen kehittämisehdotukset

Kehittämiskohteita ovat tulosten perusteella ehdottomasti lääkehoidon toteutuksen kirjaamisen parantaminen ja lääkehoidon kirjaamisen tarkentaminen sekä yhteisten kirjauslinjausten luominen. Tavoitteena olisi, että sekä lääkkeen antaja että lääkehoidon toteuttaminen olisi kokonaisuudessaan kirjattu selkeästi aina samoihin, sovittuihin paikkoihin. Tulee olla kirjattuna antaja, lääke ja määrä sekä sen määre (mg/ml/g jne.) ja antoreitti sekä antoajankohta selkeästi yhteneväisillä kirjausohjeilla. Heräämön kirjaamiskriteereihin kannattaisi tehdä yksinkertainen ja selkeä ohje siitä, miten kirjataan, mihin kirjataan ja milloin kirjataan. Myös lääkehoidon vaikutuksen seurannan kirjaamista olisi toivottavaa parantaa sekä yleisesti kivunhoidossa kivun säännöllistä seuraamista (korkeintaan 30 min välein).



Kuvio 28: Kivunhoidon kirjaamisen kehittämisehdotukset

Toteutuneen kirjaamisen ja heräämön omien kirjaamisohjeiden yhtenäistämiseksi voitaisiin tulostatusta alkaa kirjata samalla tavalla, päättää siis merkitäänkö ”(1” vai kirjataanko ”potilaan saapuessa”, ”potilaan tullessa heräämöö” tms. Näin tulostatus olisi aina selkeä oma kirjaamisen osa-alue ja sen kirjaamisesta tulisi käytäntö.

29 lomakkeessa oli kirjattu kipumittarin valinta, mutta sitä ei ollut käytetty. Tämän vuoksi on korostettava kipumittarin valintaa ja sen käyttöä koko heräämössä oloajan, eli tulo- ja lähtöstatuksessa sekä heräämöhoidon aikana säännöllisesti. Näin kivun arvioinnista tulee yhteneväistä ja kattavampaa. Heräämölomakkeessa on myös ”NRS-lähtiessä”-kohta, jonka käytön vakiinnuttaminen kirjaamiseen olisi suotavaa. Lisäksi jatkoon kehittämisehdotukseksi olisi tämän opinnäytetyön tulosten perusteella tärkeä saada NRS mittarille oma kirjaamiskohta heräämölomakkeen ruudukkoon, jotta sen käytöstä tulisi kiinteä osa kivunhoidon kirjaamista.

Lähteet

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 20.5.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/199220785>
- Finlex. 1994. Arkistolaki. Viitattu 5.5.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831>
- Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 2.5.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Finlex. 1998. Potilasvahinkolaki. Viitattu 20.5.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>
- Finlex. 1999. Henkilötietolaki (1999/523). Viitattu 20.5.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Finlex. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Viitattu 3.5.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>
- Finlex. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 2.5.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Finlex. 2010a. Erikoissairaanhoitolaki. Viitattu 20.5.2014.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Finlex. 2010b. Terveystenhuoltolaki (L1326/2010). Viitattu 2.5.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>
- Gunhadsson, I., Svensson, A. & Berterö, C. 2008. Documentation in Palliative Care: Nursing Documentation in a Palliative Care Unit - A Pilot Study. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 1/2008, 45 - 51.
- Haanpää, M. & Salminen, J. 2009. Kipu. Viitattu 26.4.2014.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00005&p_haku=kipu
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Haslam, L., Dale, G., Knechtel, L. & Rose, L. 2011. Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. Journal of Advanced Nursing. 9, 1082-1089.
- Heikkilä, K. 2013. Cardiac surgery patients' prolonged pain and nursing documentation of pain. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hotus. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Hotus. 2013. Hoitotyön suositus-Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Howatson-Jones, L., Standing, M. & Roberts, S. 2012. Patient assessment and care planning in nursing. Sage. Learning matters.

ICN. 2010. Definition of nursing. Viitattu 7.4.2014. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

Idvall, E. & Ehrenberg, A. 2002. Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 734-742.

Ilola, T., Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Jahren Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. 2005. Hoitotyön perusteet. Tanska: Edita Publishing Oy.

Junttila, K., Salanterä, S. & Hupli, M. 2005. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 271-280.

Kaila A. & Kuivalainen L. 2008. Kirjaamisen arviointilomake. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot- hanke 9/2007-10/2009. Loppuraportti 30.11.2009. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Hallintokeskus.

Kananen, J. 2008. Kvali, kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, J. 2011. Kvantti-Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu-sarja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kauppi, O. 2013. Leikkauksen jälkeisen kivun hoidon kirjaaminen potilastietojärjestelmään kirurgisella vuodeosastolla-Sisällönanalyysi. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto.

Kratz, C. 1985. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Lehtovirta, J. 2014. Terveystieteen rakenteiden kirjaamisen opas. THL. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy.

Lippert, W., Miller, M., Lippert, A. & Mehlman, C. 2011. Documentation of postoperative pain in the neonatal brachial plexus palsy population. *Journal Clinical Nursing*, 21, 1263-1273.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mac Lellan, K. 2006. Management of pain. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.

Montin, L. 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Tutkimuksia ja raportteja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

MOT Gummerus Uusi suomen kielen sanakirja 1.0. 2010. Arviointi. Viitattu 16.5.2014.
<https://www.kielikone.fi/motdemo/netmot.aspx?motportal=80>

MOT Gummerus Uusi suomen kielen sanakirja 1.0. 2010. Arvioida. Viitattu 16.5.2014.
<https://www.kielikone.fi/motdemo/netmot.aspx?motportal=80>

MOT-kielikone. 2013. Arviointi. Viitattu 28.3.2014.
<http://mot.kielikone.fi.nelli.laurea.fi/mot/laurea/netmot.exe>

MOT-kielikone. 2013. Heräämö. Viitattu 28.3.2014.
<http://mot.kielikone.fi.nelli.laurea.fi/mot/laurea/netmot.exe>

MOT-kielikone. 2013. Hoitotyö. Viitattu 28.3.2014.
<http://mot.kielikone.fi.nelli.laurea.fi/mot/laurea/netmot.exe>

MOT-kielikone. 2013. Kirjaus. Viitattu 28.3.2014.
<http://mot.kielikone.fi.nelli.laurea.fi/mot/laurea/netmot.exe>

MOT-kielikone. 2013. Kirjata. Viitattu 19.5.2014.
<http://mot.kielikone.fi.nelli.laurea.fi/mot/laurea/netmot.exe>

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Juntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhä, R. 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2010. Kivun arviointi. Viitattu 26.4.2014.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00247&p_haku=kipu

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sailo, E. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

STM. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely-Opas terveydenhuollolle. Tampere: Juvenes Print-Tampereen Yliopistopaino Oy.

Suomisanakirja. 2013. Arvioida. Viitattu 9.4.2014. <http://www.suomisanakirja.fi/arvioida>

Suomisanakirja. 2013. Arviointi. Viitattu 28.3.2014. <http://www.suomisanakirja.fi/arviointi>

Suomisanakirja. 2013. Heräämö. Viitattu 28.3.2014.
<http://www.suomisanakirja.fi/her%C3%A4%C3%A4m%C3%B6>

Suomisanakirja. 2013. Induktiivinen. Viitattu 28.3.2014.
<http://www.suomisanakirja.fi/induktiivinen>

SuomiSanakirja. 2013. Kirjaaminen. Viitattu 19.5.2014.
<http://www.suomisanakirja.fi/kirjaaminen>

SuomiSanakirja. 2013. Kirjaus. Viitattu 3.3.2014. <http://www.suomisanakirja.fi/kirjaus>

Taverner, T. & Prince, J. 2013. Nurse screening for neuropathic pain in postoperative patients. *British Journal of Nursing* 2014, Vol 23, No 2.

THL. 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sen toiminta. Viitattu 2.5.2014. <http://www.thl.fi/FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki>

Tiusanen, T., Junntila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. 2010. The validation of AORN recommended practices in Finnish perioperative nursing documentation. *AORN Journal*, Vol 91, No 2.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Uski-Tallqvist, T. 2005. Postoperatiivisen kivun hoitotyön kirjaaminen elektronisessa potilaskertomuksessa. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuviot

Kuvio 1: Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.....	7
Kuvio 2: Potilaan hoidon kirjaamista säätelevät lakisäädökset (mukaillen Lukkari ym. 2013, 108; THL 2012)	12
Kuvio 3: Hoitotyön suositus (mukaillen Hotus 2013, 8-24).....	17
Kuvio 4: Hoitotyön prosessimalli (Kratz 1985, 16-156; Lehtovirta 2014, 30-31).....	18
Kuvio 5: Hoitotyön prosessi kivunhoidon kirjaamisessa heräämössä.....	19
Kuvio 6: Hoitamattoman akuutin kivun vaikutukset elimistössä (mukaillen Salanterä ym. 2006, 76)	21
Kuvio 7: Perioperatiivinen hoitotyö osana kirurgisen potilaan hoitoprosessia (mukaillen Lukkari ym. 2013, 20-24)	26
Kuvio 8: Hyvä tietopohja luo perustan kattavalle kirjaamiselle ja kivun hoidon onnistumiselle (mukaillen Sailo 2000, 98-102; Kassara ym. 2005, 55-56)	29
Kuvio 9: Hoidollisen päätöksenteon jäsentäminen kysymyksillä ja kivunhoidon kirjaaminen (mukaillen Salanterä ym. 2006, 102-103).....	30
Kuvio 10: Kirjaamisen minimivaatimukset lyhytkestoisessa kivun hoitotyössä (mukaillen Salanterä ym. 2006, 102-104)	32
Kuvio 11: Tiedonhaun kuvio	38
Kuvio 12: Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet (mukaillen Kylmä & Juvakka 2007, 31; Hirsjärvi 2012, 217)	40
Kuvio 13: Kielen piirteet osana kvalitatiivisten tutkimustyyppien ryhmittelyä (mukaillen Hirsjärvi ym. 2012, 166)	41
Kuvio 14: Kivunhoidon kirjaamisen arviointi-mittarin aihe-alueet ja arviointikohteet.....	47
Kuvio 15: Mittarin täydennettävä osio ja summa- sekä keskiarvo-rivit.....	50
Kuvio 16: Kivunhoidon kirjaamisen tulos	51
Kuvio 17: Kivunhoidon kirjaamisen tuloksen arvioinnin asteikot	52
Kuvio 18: Kipumittarin valinta ja sen käyttö tuloksien mukaan (%).....	63
Kuvio 19: Kipumittarin valinta ja sen käyttö <i>kaikissa lomakkeissa</i> myös epiduraalipuudutuksen saaneiden potilaiden lomakkeiden kirjaukset huomioiden	64
Kuvio 20: Kivunhoidon kirjaamisen säännöllisyys ja kivun arviointi heräämössä tuloksien mukaan	66
Kuvio 21: Kivun sijainnin ja laadun kirjaaminen tuloksien mukaan (%)	67
Kuvio 22: Kivunhoidon kirjaamisen yksilöllisyys ja potilaslähtöisyys sisällönanalyysillä kuvattuna.....	75
Kuvio 23: Tutkimusmittarin luotettavuuden osa-alueet (mukaillen Kankkunen ym. 2009, 152-157).....	84
Kuvio 24: Tulostatuksen kirjaaminen heräämölomakkeisiin määrällisen tutkimuksen tuloksena	85
Kuvio 25: Kivunhoidon osa-alueiden kirjaaminen määrällisten tulosten mukaan (%).....	87
Kuvio 26: Lääkehoidon kirjaaminen määrällisen tutkimuksen tulosten mukaan.....	88
Kuvio 27: Potilaan lähtöstatuksen kirjaaminen määrällisen tutkimuksen tuloksien mukaan	89
Kuvio 28: Kivunhoidon kirjaamisen kehittämis ehdotukset.....	90

Taulukot

Taulukko 1: Tiedonhaku suomalaisia ja kansainvälisiä tiedonhakuportaaleja hyödyntäen .	37
Taulukko 2: Tutkimusotoksen anestesia-tyypit (%)	58
Taulukko 3: Heräämölomakkeiden kirjaamisen arviointi lomakekohtaisesti (n = 50).....	59
Taulukko 4: Kivunhoidon kirjaamisen tulokset (n = 50)	60
Taulukko 5: Kivunhoidon arviointikohteiden kirjaamisen numeeriset tulokset	61
Taulukko 6: Sisällönanalyysin tulokset 1/4	71
Taulukko 7: Sisällönanalyysin tulokset 2/4	72
Taulukko 8: Sisällönanalyysin tulokset 3/4	73
Taulukko 9: Sisällönanalyysin tulokset 4/4	74
Taulukko 10: Kivunhoidon arviointikohteiden kirjaamisen prosentuaaliset tulokset	77

Liitteet

Liite 1: Kivunhoidon kirjaamisen arviointimittari.	99
Liite 2: Kivunhoidon kirjaamisen arviointilomakkeen käyttöohjeet.	100
Liite 3: Taustatietolomake.	102
Liite 4: Henkilön vaitiolosopimus/salassapito- ja käyttäjäso- pimus.	103

Liite 2: Kivunhoidon kirjaamisen arviointilomakkeen käyttöohjeet.

Kivunhoidon kirjaamisen arviointilomakkeen käyttöohjeet/kriteerit

Kyllä= 1p eli kirjattu / Ei= 0p eli ei kirjattu (NRS tulee aina olla merkittynä 0-10 asteikolla)

1. **Potilaan sairaudet** 1 kirjattu selkeästi sille varattuun kohtaan potilaan mahdolliset sairaudet tai kohdassa jokin muu merkintä
0 ei kirjattu tai ei mitään merkintää
2. **Tehty toimenpide** 1 potilaalle tehty toimenpide on kirjattu sille varattuun kohtaan
0 ei ole kirjattu potilaalle tehtyä toimenpidettä tai se on kirjattu väärään kohtaan
3. **Kipu osastolle tullessa (tulostatus)**
1 potilaan kipu on kirjattu *heti* potilaan saapuessa osastolle
0 potilaan kipua ei ole kirjattu heti potilaan saapuessa osastolle
4. **Potilaan oma arvio kivuista**
1 on kirjattu potilaan oma arvio kivuista
(potilaan kertoma on lainausmerkeissä tai on kirjattu "sanoo", "kertoo" jne.)
0 ei ole kirjattu potilaan omaa arviota kivuista

(Jos kohdasta 4 saa 1p niin myös kohdasta 5 saa 1p)

5. **Kipukäyttäytyminen (ilmeet, eleet, ääntely jne.)**
1 potilaan kipukäyttäytyminen on kirjattu
0 potilaan kipukäyttäytymistä ei ole kirjattu

(Jos kohdasta 5 saa 1p niin myös kohdasta 4 saa 1p)

6. **Kipumittarin valinta** 1 kipumittari on kirjattu tai epiduraalipuudutuksessa epiduraalilomakkeeseen
0 kipumittaria ei ole kirjattu
7. **Valitun kipumittarin käyttö (alkustatuksesta loppustatukseen ja muuten ≤ 30 min. välein)**
1 samaa kipumittaria on käytetty koko hoitojakson ajan tai epiduraalipuudutuksessa käyttö kirjattu epiduraalilomakkeeseen
0 samaa kipumittaria ei ole käytetty koko hoitojakson ajan
8. **Kivun säännöllinen kirjaaminen**
1 kipu on kirjattu säännöllisesti (≤ 30 min. välein)
0 kipua ei ole kirjattu säännöllisesti (>30 min. välein)

(Jos kohdasta 8 saa 0p, niin kohdasta 9 ja kohdasta 10 saa myös 0p)

9. **Kivun laatu** 1 on kirjattu, millaista potilaan kipu on tai potilas on kivuton
0 ei ole kirjattu kuvaillen, millaista potilaan kipu on, vaikka potilaalla on kipuja
10. **Kivun sijainti** 1 on kirjattu potilaan kivun sijainti tai potilas on kivuton
0 ei ole kirjattu potilaan kivun sijaintia, vaikka potilaalla on kipuja

11. Annetun lääkkeen nimi ja annettu lääkemäärä

1 kirjattu jokaisen lääkkeen nimi ja annettu lääkemäärä

0 ei ole kirjattu jokaisen lääkkeen nimeä ja annettua lääkemäärää

12. Lääkkeen antoajankohta

1 kirjattu jokaisen lääkkeen antoajankohta

0 ei ole kirjattu jokaisen lääkkeen antoajankohtaa

13. Lääkkeen antoreitti

1 kirjattu jokaisen lääkkeen antoreitti

0 ei ole kirjattu jokaisen lääkkeen antoreittiä

14. Lääkkeen antaja

1 kirjattu lääkkeen antajan nimi

0 ei ole kirjattu lääkkeen antajan nimeä

15. Kipulääkkeen vaikutuksen kirjaaminen

1 on kirjattu lääkkeen annon jälkeen lääkkeen vaikutus

(I.V 5 minuutin aikana/ I.M 15 minuutin aikana/ P.O 30 minuutin aikana)

0 ei ole kirjattu lääkkeen annon jälkeen lääkkeen vaikutusta tai ei ole kirjattu jokaisen lääkkeen antoreittiä

16. Muiden ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käytön kirjaaminen

1 on kirjattu kivunhoitomenetelmien käyttö tai kirjattu, miksi niitä ei ole käytetty tai potilaalla ei ole kipuja

0 ei ole kirjattu kivunhoitomenetelmien käyttöä tai ei ole kirjattu syytä, miksi niitä ei ole käytetty, vaikka potilaalla on kipuja

17. Muiden ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden kirjaaminen

1 on kirjattu jokaisen ei-lääkkeellisen kivunhoitomenetelmän käytön jälkeen sen vaikuttavuus tai potilaalla ei ole kipuja

0 ei ole kirjattu jokaisen ei-lääkkeellisen kivunhoitomenetelmän käytön jälkeen sen vaikuttavuutta, vaikka potilaalla on kipuja

18. Kivunhoidon tulokset (lähtöstatus)

1 kirjattu sekä potilaan oma arvio kivusta että valitun kipumittarin arvio potilaan poistuessa osastolta

0 ei ole kirjattu sekä potilaan omaa arviota kivustaan että valitun kipumittarin arviota potilaan poistuessa osastolta

Liite 3: Taustatietolomake.

Akuutin kivunhoidon kirjaamisen arviointi

Anestesialomake nro: _____

Taustatietolomake

Diagnoosi _____

Tehty toimenpide _____

Anestesiamuoto:

YLEISANESTESIA

SPINAALIPUUDUTUS

EPIDURAALIPUUDUTUS

Muu:

PAIKALLISPUUDUTUS

JOHTOPUUDUTUS

Sukupuoli

NAINEN

MIES

Ikä _____ vuotta

Liite 4: Henkilön vaitiolosopimus/salassapito- ja käyttäjäsoopimus.

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

Liite 3

HENKILÖN VAITIOLOSITOUKUS / SALASSAPITO- JA KÄYTTÄJÄSITOUKUS

Sitoudun

- antamaan henkilötietoni sairaalan henkilöstörekisteriin (päivittämään ne tietojen muuttuessa)¹
- noudattamaan kuntayhtymän, sairaalan, tulosyksikön johtajan, turvapäällikön, ylilääkärin, ylihoitajan ja taloudesta vastaavien viranomaisten antamia ohjeita ja sääntöjä (liitteenä allekirjoitettu tietoturvaohjeiden liite 15) ja sallin tietoliikenteeseen käytöstäni jäävien logitietojen lukemisen
- pidättäytymään ilmaisemasta luvatta muille tehtävän yhteydessä tietoon saamaani seikkaa, joka erikseen on määrätty tai säädetty salassa pidettäväksi tai joka tehtävään liittyvän toimintatavan mukaan tai asian laadun vuoksi muutoin on salassa pidettävä.
- En saa tehtävän aikana enkä myöskään tehtävän päättymisen jälkeen ilmaista tehtävän vuoksi tietoon saatuja terveydenhuollon toimintayksikköä tai sen asiakkaita, sopimuskumppaneita tai muita yhteistyötahoja koskevia salassa pidettäviä tietoja. Potilaiden terveydentietojen lisäksi tällaisia ovat myös mm. liike- ja ammattisalaisuudet.
- Tehtävässä minulla on katselu- ja käyttöoikeus vain tietoihin, joita koskee tehtävää annettu viranomaislupa tai joista asianomaiset henkilöt ovat antaneet nimenomaisen säädetyn suostumuksensa (vrt. tutkittavan tiedote ja suostumus).

Olen ymmärtänyt edellä mainitut määräykset ja sitoudun noudattamaan niitä.



☐

Päiväys Henkilön allekirjoitus

Nimenselvennys ja henkilötunnus

Osoite ja yhteystiedot (puhelinnumero ja sähköpostiosoite)